Nr 17 | 24 kwietnia 1938 | Rok XVII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prof. dr Witold ORŁOWSKI Warszawa

Gruźlica płuc i cukrzyca [1])

Skojarzenie gruźlicy płuc i cukrzycy, częste dawniej, obecnie jest rzadsze dzięki postępom w rozpoznawaniu i leczeniu tych chorób.

L. Szyfman i Mieczysław Kocen widzieli je w 16,3% (w 17 przypadkach na 104 przypadki cukrzycy), E. Steffen na materiale Oddziału Chorób Wewn. A. Landau w Szpitalu Wolskim w Warszawie w 21,5% (w 33 na 156), Boller na materiale Szpitala Królowej Elżbiety w Wiedniu w 8% (w 116 przypadkach na 1441), M. Labbé w 9% spośród 1708 chorych na cukrzycę.

Duża rozbieżność w częstości skojarzenia cukrzycy i gruźlicy płuc stoi w związku z ciężkością cukrzycy.

Tak np. w statystyce E. Steffena lekka cukrzyca była skojarzona z gruźlicą płuc tylko w 8,7% (w 8 przypadkach na 92 przypadki cukrzycy), a średnio ciężka i ciężka w 39% (w 25 na 64). W statystyce M. Labbé'go częstość skojarzenia cukrzycy i gruźlicy płuc w przypadkach z praktyki prywatnej wynosi 5,2%, a w przypadkach szpitalnych, jako cięższych — 12%.

Skojarzenie cukrzycy z gruźlicą płuc zdarza się w każdym wieku, częściej jednak po 40 roku życia. U chorych na cukrzycę widuje się wszystkie postacie gruźlicy płuc, od ostrej gruźlicy prosówkowej (*tuberculosis miliaris acuta*) aż do gruźlicy włóknistej. Ostre postacie zdarzają się stosunkowo rzadko. Zwłaszcza rzadko bywa ostra gruźlica prosówkowa.

Tak np. na 116 chorych na cukrzycę, dotkniętych gruźlicą płuc, badanych w okresie 1923—1933 w Szpitalu Królowej Elżbiety w Wiedniu było:

z suchotami płuc włóknisto-serowatymi (*phthisis pulmonum fibroso-caseosa*)	38 (32,76%);
z gruźlicą płuc rozpadowo-włóknistą (*phthisis pulmonum ulceroso-fibrosa*)	37 (31,8%);
z gruźlicą płuc cukrzycową (*tuberculosis pulmonum diabetica*)	18 (15,51%);
z gruźlicą płuc włóknistą zagęszczającą (*tuberculosis pulmonum fibrosa densa*)	11 (9,48%);
z ostrą gruźlicą prosówkową (*tuberculosis pulmonum miliaris acuta*)	4 (3,45%);
z wysiękowym gruźliczym zapaleniem opłucnej (*pleuritis exsudativa tuberculosa*)	3 (2,59%);
z gruźlicą o drobno rozsianych ogniskach	2 (1,72%);
z odmą opłucną z ropniakiem (*pyopneumothorax tuberculosus*)	2 (1,72%);
z serowatym zapaleniem płuc (*pneumonia caseosa*)	1 (0,87%).

W materiale Steffena było 20 chorych (60,6%) z pospolitymi zmianami włóknisto-serowatymi z przewagą serowatych (*phthisis pulmonum fibroso-caseosa*), 8 (24%) — z naciekami wczesnymi (*infiltratio pulmonum praecox*), 4 (12%) — ze zmianami rozpadowo-serowatymi (*phthisis pulmonum ulceroso-caseosa*) i 1 (3%) ze zmianami włóknistymi bez prątków gruźlicy w plwocinie (*phthisis obsoleta?*).

Z ostrych postaci najczęściej spotyka się ostre, serowate, odoskrzelowe zapalenie płuc (*bronchopneumonia caseosa acuta*). Choroba rozpoczyna się wyraźnymi, nieraz burzliwymi objawami zapalenia płuc, przebiega z wysoką gorączką, objawami klinicznymi i rentgenowskimi, znamiennymi dla zapalenia płuc, i z obfitą plwociną z licznymi prątkami gruźlicy, a kończy się zejściem śmiertelnym przed upływem 6 miesięcy.

Z dołączeniem się ostrej gruźlicy płuc cukrzyca zwykle wyraźnie się pogarsza i przechodzi w cukrzycę złośliwą (*diabetes mellitus malignus*), oporną na duże dawki insuliny, która nie usuwa ani cukromoczu, ani kwasicy.

Z postaci przewlekłych gruźlicy płuc najczęstszą jest gruźlica włóknisto-serowata (*phthisis pulmonum fibroso-caseosa*). Postacie przewlekłe rozpoczynają się już to wyraźnymi objawami płucnymi, już to — i to częściej — zupełnie niepostrzeżenie. W przypadkach o początku wyraźnym dalszy przebieg przewlekłej gruźlicy płuc bywa zwykle powolny z okresami zaostrzeń i poprawy. W większości przypadków dołączenie gruźlicy płuc do cukrzycy objawia się tylko chudnieniem, utratą łaknienia, czasami, jak to zauważyłem, skłonnością do potów, nadto stanami podgorączkowymi i pogorszeniem tolerancji węglowodanowej. Zmiany wypukowe i osłuchowe w klatce piersiowej są w większości przypadków, nawet pomimo rozległych zmian w płucach, bardzo nieznaczne, albo wcale ich nie ma, tak iż przebieg choroby jest zupełnie zamaskowany. Zależy to od tego, że sprawa gruźlicza rozpoczyna się u chorych na cukrzycę przeważnie we wnęce i w jej sąsiedztwie, a więc w miejscu, w którym zmiany w płucu są nieuchwytne dla badań fizycznych. Z drugiej strony nieraz jest to sprawa o charakterze nacieków wczesnych, których bardzo często także nie można wykryć podstawowymi metodami badania. Zmiany gruźlicze dotyczą często obu płuc i mają charakter rozpadowo-włóknisty (*phthisis pulmonum ulceroso-fibrosa*). Jamy płucne są usadowione najczęściej także w okolicy między wnęką a obojczykiem (*regio intercleidohilaris*) lub w okolicy wnęk (*regio perihilaris*), rzadziej w innych miejscach, i leżą przy tym przeważnie w głębi płuc, nie znajdują się zaś w okolicy podopłucnej. Plwociny bywa zwykle niewiele. Wbrew dawniejszym poglądom, tylko stosunkowo rzadko nie wykrywa się w niej prątków gruźlicy. Ciepłota ciała zachowuje się w przebiegu choroby rozmaicie.

W materiale Steffena w 30 przypadkach (91%) na 33 gorączka była nieznaczna, w 3 — trawiąca (*febris hectica*), lecz dopiero przed zejściem śmiertelnym. W materiale Labbé'go wyraźna gorączka była mniej więcej w 71%, stany podgorączkowe w 16%, natomiast w około 12% ciepłota ciała była prawidłowa.

Krwotoki płucne nie są zbyt rzadkie: Steffen widział je w 12,1% (w 4 przypadkach na 33), M. Labbé mniej więcej w 16%. Powikłań gruźlicą krtani i jelit przeważnie nie bywa. Dołączenie się gruźlicy płuc, pogarszając tolerancję węglowodanową, czasami wiedzie do kwasicy.

Chory ginie zwykle z gruźlicy (w statystyce Roy'a, obejmującej 87 przypadków, w 93.7%), rzadziej ze śpiączki cukrzycowej (*coma diabeticum*). Zejście śmiertelne najczęściej następuje w przypadkach nieleczonych najpóźniej w ciągu 1½ lat.

Rozpoznanie powikłania cukrzycy gruźlicą płuc nie jest łatwe, zwłaszcza postaci odwnękowej dolno-płatowej, opisanej przez Sosmana i Steidla pod nazwą „*tuberculosis pulmonum diabetica*", kliniczny bowiem obraz tej postaci jest nieuchwytny pomimo dużych nacieków dookoławnękowych, szybko serowaciejących. Bardzo często gruźlicę płuc rozpoznaje się tylko przypadkowo przy badaniu rentgenowskim klatki piersiowej. Badania tego nie wolno zaniechać w żadnym przypadku cukrzycy, gdy nastąpi pogorszenie tolerancji węglowodanowej, nie dające się wytłumaczyć. W ogóle pożądane jest przeprowadzanie u chorych na cukrzycę przynajmniej raz do roku badania radiograficznego płuc.

Rokowanie w ostrej gruźlicy płuc jest niepomyślne, chorzy giną zwykle przed upływem 6 miesięcy. W postaciach przewlekłych można leczeniem przedłużyć życie do 2—4 lat. Badanie szybkości opadania krwinek ma dla rokowania takie samo znaczenie, jak w gruźlicy płuc u chorych niecukrzycowych.

Leczenie polega na leczeniu higieniczno-dietetycznym i insulinowym, skojarzonym, w przypadkach zajęcia jednego płuca ze skłonnością do rozpadu, z wczesnym leczeniem odprężającym chore płuco (odma opłucna lecznicza). Leczenie odmą należy rozpoczynać już przy pierwszych objawach gruźlicy płuc, nawet jeżeli w plwocinie nie ma jeszcze prątków gruźlicy, nie tak, jak w gruźlicy płuc u osób, nie dotkniętych cukrzycą, u których rozpoczynamy leczenie odmą dopiero po wykryciu w plwocinie prątków. Niektórzy klinicyści polecają także leczenie złotem.

---

[1]) Rozdział z t. II. cz. 2 „Patologii i Terapii Szczegółowej Chorób Wewnętrznych" (Choroby opłucnej, gruźlica płuc i choroby śródpiersia) autora; książka ukaże się w kwietniu br.

Spór co do leczenia insulinowego został rozstrzygnięty na korzyść insuliny z chwilą uzyskania insuliny, nie zawierającej białek, które wywoływały wstrząsy anafilaktyczne i przez to pogarszały przebieg gruźlicy płuc.

PRACE ORYGINALNE

Józef MAKOWIEC Poznań

Wpływ ziemi jako podłoża śladów krwawych na wyniki badań

Z Zakładu Medycyny Sądowej U. P. w Poznaniu
Kierownik: Prof. dr St. Horoszkiewicz

Wstęp

W styczniu ub. r. ogłosił prof. Horoszkiewicz wspólnie ze mną tymczasowe doniesienie pt.: „Wpływ ziemi jako podłoża śladów krwawych na wyniki próby precypitynowej". Ponieważ prace doświadczalne, o których obecnie będzie mowa, stoją w ścisłym związku z treścią wyżej wymienionego doniesienia, przeto muszę pokrótce wspomnieć zagadnienia tam poruszone.

W związku z zabójstwem popełnionym w okolicach Poznania, przesłano do Zakładu Medycyny Sądowej U. P. wraz z innymi dowodami rzeczowymi, zakrwawioną ziemię, którą, jak wynikało z notatki policyjnej, pobrano spod zwłok zabitego. Badanie widmowe tej ziemi wykazało obecność krwi, natomiast wykonana próba precypitynowa z wyciągiem tej ziemi dała wynik ujemny, mimo że można było w wyciągu tym zwykłym sposobem wykazać obecność śladów białka.

Wobec takiego wyniku nie można było orzec, czy krew zawarta w tej ziemi jest krwią ludzką, chociaż wynikało to z treści aktów sądowych.

W związku z tym przypadkiem przystąpiliśmy do wykonania doświadczeń, celem przekonania się, czy zmieszanie krwi ludzkiej z ziemią ma wpływ na jej wykazywanie.

Doświadczenia te, polegające na mieszaniu krwi ludzkiej z ziemiami różnych gatunków i badaniu po upływie dłuższego czasu wyciągów z tych mieszanin, wykazały, że próba precypitynowa przeważnie wypada ujemnie, mimo że udawało się w wyciągach tych wykazać ślady białka. Tak więc doświadczenia te wyjaśniły ujemny wynik badania przesiąkniętej krwią ziemi, pobranej spod zwłok zabitego w przypadku, o którym wspomniałem na początku.

Wpływ ziem na wyniki próby precypitynowej

Wobec takich wyników, przystąpiłem do dalszych doświadczeń, które miały na celu wyjaśnienie czynników, wpływających na ujemny wynik próby precypitynowej w powyżej podanych warunkach.

Przede wszystkim chciałem stwierdzić, w jaki czas po zmieszaniu ziemi z krwią ludzką nie można już wykazać próbą precypitynową białka ludzkiego w wyciągu z tych mieszanin.

Do doświadczeń wybrałem następujące rodzaje ziem: piasek, ziemię ogrodową, ziemię polną, ziemię leśną oraz glinę.

Ziemie te przed zmieszaniem z krwią ludzką badałem na przypuszczalną zawartość barwika krwi oraz białka ludzkiego. Badania te przeprowadzano, gdyż nie dało się wykluczyć, że użyta do doświadczeń ziemia mogła przypadkowo zawierać krew ludzką lub zwierzęcą, co oczywiście prowadzić by mogło do mylnych wniosków.

Ziemię mieszałem bardzo dokładnie w moździerzu z roztartymi skrzepami krwi ludzkiej w stosunku 1 cm^3 krwi na 10 g ziemi. Mieszaniny umieszczano następnie w czystych słoikach i pozostawiano wszystkie w jednakowych warunkach.

Badania widmowe przeprowadzałem w różnych okresach czasu przy pomocy pirydyny i wodnika hydrazyny. Dodatnie wyniki otrzymywało się w mieszaninach tych nawet po upływie kilkunastu miesięcy. Można było jednak zauważyć, że w miarę upływu czasu od chwili zmieszania, krew trudniej rozpuszczała się w pirydynie.

Wyciągi do próby precypitynowej przygotowywano w ten sposób, że trzy gramy mieszaniny zalewano 4 cm^3 fizjologicznego roztworu soli kuchennej i na przeciąg 24 godzin wstawiano do chłodni. Po upływie tego czasu wyciągi odwirowywano do momentu zupełnej przejrzystości. Niekiedy wyciągi musiano wirować przez kilka godzin, ażeby usunąć nieznaczną opalescencję.

Do wykonywania próby precypitynowej używałem surowic precypitujących o mianie 1:40.000, których swoistość i miano określano przed każdym badaniem wyciągu.

Równocześnie z próbą precypitynową badałem wyciągi 20% kwasem sulfo-salicylowym, który, jak wykazało moje doświadczenie, wykrywa białko w rozcieńczeniu około 1:40.000. Badania te przeprowadzałem w takich samych probówkach, jakich używałem do prób precypitynowych. Badane wyciągi dodawałem bardzo ostrożnie do nalanego uprzednio kwasu sulfo-salicylowego i obserwowałem, czy na granicy płynów tych ukaże się krążek mleczno-biały lub, jak przy wyższych rozcieńczeniach białka, tylko zmętnienie.

Na razie zajmę się wyciągami uzyskanymi z mieszanin w 48 godzin po zmieszaniu.

Kolor wyciągów nie był jednakowy, gdyż wahał się od intensywnie czerwonego przez jasno-czerwony i żółty do bezbarwnego. I tak, wyciąg z mieszaniny krwi z piaskiem był intensywnie czerwony, z ziemią ogrodową jasno-żółty, z ziemią polną czerwony, z ziemią leśną jasno-żółty, z gliną bezbarwny. Próba precypitynowa wykonana z tymi wyciągami, jak to ilustruje tablica I, dała wynik dodatni, za wyjątkiem wyciągu uzyskanego z mieszaniny gliny z krwią, mimo że można było wykazać w nim ślady białka.

Zupełnie identyczne wyniki otrzymano przy badaniu wyciągów z mieszanin ziem z surowicą ludzką w stosunku 10:1.

Ziemie, których używałem do mieszania z krwią lub z surowicą, a które różniły się grubością ziaren, zbadali w Zakładzie Gleboznawczym U. P. dr M. Kwinichidze i inż. St Sozański, za co składam Im słowa podziękowania.

W wyniku tego badania określono ziemie następująco:

piasek — piasek gruboziarnisty z domieszką drobnego żwiru,
ziemia ogrodowa — gleba gliniasto-piaszczysta z domieszką grubego piasku,
ziemia polna — gleba piaszczysto-gliniasta z dużą ilością części pylastych,
ziemia leśna — gleba piaszczysta ze znaczną domieszką części pylastych i grubego piasku,
glina — gleba gliniasta.

Celem wyjaśnienia podaję, że przy klasyfikacji tej zastosowano podział Atterberga, według którego:

grubość części gliniastych jest mniejsza od 0,002 mm,
grubość części pylastych wynosi od 0,002 do 0,02 mm,
grubość części piaszczystych drobnych od 0.02 do 0,2 mm,
grubość części piaszczystych grubych od 0.2 do 2 mm.

Rozważmy dla ułatwienia tylko dwie ziemie. Piasek użyty do doświadczeń był glebą, w skład której wchodziły cząstki o grubości od 0,2 do 2 mm, podczas gdy cząstki gliny nie przekraczają grubości 0,002 mm. Wyciąg uzyskany po 48 godzinach od zmieszania piasku z krwią był koloru intensywnie czerwonego i można było w nim bez żadnych trudności wykazać białko ludzkie, natomiast równorzędny wyciąg z mieszaniny gliny z krwią był bezbarwny, a próba precypitynowa wypadła ujemnie.

Dalsze badania seryjne wykazały, że wyciągi z mieszaniny krwi z piaskiem nawet po upływie kilku miesięcy dawały dodatni wynik próby precypitynowej, podczas gdy próba precypitynowa z wyciągami mieszanin innych ziem z krwią ludzką wypadała już ujemnie.

Ponieważ wyżej wspomniane ziemie nie były oznaczone ilościowo co do składu mechanicznego, przeto przerobiłem to samo doświadczenie na oznaczonych ziemiach, użyczonych mi przez Zakład Gleboznawczy U. P.

Do doświadczenia tego wybrałem trzy ziemie, których skład mechaniczny podaje tablica II.

Tablica II.

Rodzaj ziemi	Grubość ziaren w mm < 0,002	0,002—0.006	0,006—0.02	0,02—0,06	0,06—1,0
Z_3	2,7%	1.05%	2,25%	3,5%	88,9%
Z_4	9,7%	5,35%	24,5%	46,01%	23,11%
Z_5	14,8%	4,8%	4,4%	2,3%	72,37%

W 48 godzin po zmieszaniu tych ziem w sposób powyżej podany z krwią ludzką, przygotowałem wyciągi i zbadałem je z surowicą precypitynową i kwasem sulfo-salicylowym.

Uwidocznione w tablicy III wyniki badania stwierdzają, że im ziemia zawiera procentowo więcej części najdrobniejszych (mniejszych niż 0,002 mm), tym wcześniej nie można w mieszaninie tej ziemi z krwią ludzką wykazać surowicą precypitynową białka ludzkiego.

Wobec tego należało by przyjąć, że szybkość, z jaką występuje zjawisko niemożności wykazania próbą precypitynową

białka ludzkiego w wyciągach z mieszanin ziem z krwią ludzką jest zależna od rozdrobnienia części składowych ziem użytych do mieszanin, czyli że całe zjawisko mogłoby polegać na adsorbcji.

Za takim przyjęciem przemawiać może również powyżej wspomniana różnica w zabarwieniu wyciągów. Zabarwienie to, zależne od ilości barwika krwi, jaki przeszedł z mieszanin do

Zbadanie surowicą precypitującą tych roztworów nie wykazało żadnych istotnych różnic przy tych samych rozcieńczeniach, ani w czasie powstania krążka precypitatu, ani w intensywności krążka.

Na podstawie tego badania mogłem wykluczyć hamujące działanie wyciągów z ziem, użytych do doświadczeń, na przebieg próby precypitynowej.

Tablica I

Lp.	Rodzaj badanego płynu	Barwa płynu	Próba precypitynowa	Próba z kwasem sulfo-salicylowym
1	Fizjologiczny rozczyn soli kuchennej	bezbarwny	—	—
2	Surowica ludzka 1/1000	bezbarwny	+	+
3	Wyciąg z mieszaniny krwi ludzkiej z piaskiem	silnie czerwony	+	+
4	Wyciąg z mieszaniny krwi ludzkiej z ziemią ogrodową	jasno żółty	+	+
5	Wyciąg z mieszaniny krwi ludzkiej z ziemią polną	czerwony	+	+
6	Wyciąg z mieszaniny krwi ludzkiej z ziemią leśną	jasno żółty	+	+
7	Wyciąg z mieszaniny krwi ludzkiej z gliną	bezbarwny	—	± (ślad)

Objaśnienie: Ziemie zmieszano z krwią ludzką w stosunku 10:1. Po 48 godz. 3 g mieszaniny zalano 4 cm³ fizjolog. rozcz. soli kuchennej. Zwirowano po 24 godz.

Tablica III

Lp.	Rodzaj badanego płynu	Barwa płynu	Próba precypitynowa	Próba z kwasem sulfo-salicylowym
1	Fizjologiczny rozczyn soli kuchennej	bezbarwny	—	—
2	Surowica ludzka 1/1000	bezbarwny	+	+
3	Wyciąg z mieszaniny krwi ludzkiej z ziemią Z_3	jasno-czerwony	+	+
4	Wyciąg z mieszaniny krwi ludzkiej z ziemią Z_4	prawie bezbarwny	+	+
5	Wyciąg z mieszaniny krwi ludzkiej z ziemią Z_5	bezbarwny	—	± (ślad)

Objaśnienie: Ziemie Z_3, Z_4, Z_5 zmieszano z krwią ludzką w stosunku 20:1. Po 48 godz. 3 g mieszaniny zalano 4 cm³ fizjologicznego rozczynu soli kuchennej. Zwirowano po 24 godz.

wyciągów, było tym mniej czerwone, im więcej ziemia zawierała drobnych części.

W całkowitym wytłumaczeniu tego zjawiska nie można było wykluczyć, że pewną dodatkową rolę na wyniki próby precypitynowej mogą odgrywać również właściwości wyciągów z czystych ziem.

Naprzód chciałem ustalić, czy stężenie jonów wodorowych nie odgrywa tutaj pewnej roli.

Wprawdzie według Kleckiego próba precypitynowa przebiegać może w dość szerokich granicach stężenia jonów wodorowych (4,5—9,5 pH), to jednak Pichon i Sannié podkreślają, że *optimum* stężenia jonów wodorowych dla wykonania próby precypitynowej waha się od 7,2 do 7.8.

Natomiast co do wyciągów z ziem nie można było z góry przewidzieć, jak się będzie zachowywało stężenie jonów wodorowych i czy może mieć ono pewien wpływ na wynik próby precypitynowej.

Badanie stężenia jonów wodorowych wyciągów z czystych ziem przeprowadzono potencjometrem do pomiarów pH według dr Thrun'a przy pomocy elektrody chinhydronowej. Badanie to wykonał mgr J. Czygrinow, za co Mu na tym miejscu dziękuję. pH wyciągów tych wahało się, jak wynika z tablicy IV,

Tablica IV

Lp.	Rodzaj badanego wyciągu	pH
1	Wyciąg z piasku	7,34
2	Wyciąg z ziemi ogrodowej	7,40
3	Wyciąg z ziemi polnej	7,30
4	Wyciąg z ziemi leśnej	7,26
5	Wyciąg z gliny	7,36

Objaśnienie: 6 g ziemi zalano 8 cm³ fizjolog. rozczynu soli kuchennej. Po 24 godz. odwirowano.

między 7,26 a 7,40, a więc w granicach wyżej podanego *optimum.* Wobec tego nie można było stężeniu jonów wodorowych przypisywać żadnej roli w tłumaczeniu omawianego zjawiska.

W celu stwierdzenia, czy wyciągi z czystych ziem nie wstrzymują precypitacji, wykonałem następujące doświadczenie:

Przygotowane wyciągi z czystych ziem użyłem do wykonania coraz to wyższych rozcieńczeń surowicy ludzkiej. Jako kontrolę sporządziłem takie same rozcieńczenia surowicy ludzkiej przy pomocy fizjologicznego rozczynu soli kuchennej.

Tablica V

Rozcieńczenie surowicy	1/10	1/100	1/1000	1/1000[illegible]
Płyn użyty do rozcieńczeń surowicy	Moment wystąpienia krążka			
Fizjologiczny rozczyn soli kuchennej	90"	60"	90"	165"
Wyciąg z piasku	90"	90"	120"	160"
Wyciąg z ziemi ogrodowej	70"	55"	60"	135"
Wyciąg z ziemi polnej	75"	80"	75"	95"
Wyciąg z ziemi leśnej	65"	55"	65"	110"
Wyciąg z gliny	75"	5"	35"	55"

Objaśnienie: 4,5 g ziemi zalano 6,0 cm³ fizjolog. rozcz. sol kuchennej. Po 4 dniach zwirowano. Wyciągami rozcieńczono surowicę ludzką. Rozcieńczenia ustawiono w chłodni na 36 godz.

Dalsze badania wykażą, czy inne własności ziem, jak obecność i działanie drobnoustrojów oraz domieszka próchnicy, mogą odgrywać pewną rolę w tym zjawisku.

Wartość badań przynależności grupowej krwi zmieszanej z ziemią

Dalsza seria doświadczeń dotyczyła przypuszczalnego wpływu ziemi na wyniki badań przynależności grupowej krwi, znajdującej się w ziemi. Zagadnienie to jest ważne, gdyż obecnie sądy w każdym przypadku badania śladów krwawych żądają również określania przynależności grupowej krwi ludzkiej, znajdującej się w tych śladach.

Badania przeprowadzałem w ten sposób, że piasek, ziemię ogrodową, ziemię polną, ziemię leśną oraz glinę mieszałem z roztartymi skrzepami krwi ludzkiej grupy O, A i B w stosunku 10:1.

Wyciągi z tych mieszanin badałem wielokrotnie po upływie różnego czasu od chwili zmieszania krwi z ziemią metodą zahamowania hemolizy oraz metodą zahamowania izoaglutynacji.

Dla przykładu przedstawię protokoły badania grupowego wyciągów, uzyskanych w kilkanaście dni po zmieszaniu ziem z krwią (tablica VI).

Z protokołów tych wynika, że w bardzo wielu wyciągach ujawnia się nieswoiste zahamowanie hemolizy, podczas gdy ani wyciągi z wszystkich ziem, ani krew użyta do mieszania z ziemiami i przechowywana w tych samych warunkach co mieszaniny, nie wykazują tych cech.

Co do wyników badania metodą zahamowania izoaglutynacji stwierdza się, że wielokrotnie można wykazać element A lub B w mieszaninach, gdzie nie powinien się on znaleźć, gdyż badania kontrolne nie stwierdziły elementu ani A ani B w wyciągach z czystych ziem.

Takie same wyniki, z mniejszymi czy większymi odchyleniami otrzymywałem w badaniach seryjnych.

Dalsze badania będą miały na celu ujawnienie przyczyn tego zjawiska.

Dopiero co omówione wyniki badań przynależności grupowej krwi ludzkiej, której podłożem jest ziemia, wskazują na konieczność zastosowania dużej ostrożności w orzekaniu wyników tych badań.

Zjawisko pozorujące precypitację

W badaniach podjętych przed ogłoszeniem na początku wspomnianego doniesienia tymczasowego, wszystkie użyte do doświadczeń ziemie nie wykazywały ani obecności barwika krwi, ani białka, a w szczególności ludzkiego. Natomiast przy dalszych badaniach całego szeregu ziem z różnych okolic Poznania zauważyłem, że próba precypitynowa wypada dodatnio z wyciągami niektórych ziem, oznaczonych glina 1, glina 2, glina 3, Z. 1. Z. 6. Krążki precypitatu na granicy surowicy precypitującej i wyciągu ukazywały się po upływie kilkudziesięciu sekund. Krążki te intensywnością swoją odpowiadały krążkom, jakie otrzymywano w próbie precypitynowej z roztworu białka ludzkiego w rozcieńczeniu 1:10.000. Równoczesne badanie tych wyciągów z kwasem sulfo-salicylowym nie dało wyniku dodatniego, tzn., że na granicy zetknięcia się kwasu sulfo-salicyłowego i badanego wyciągu nie powstawało żadne zmętnienie.

Takie same wyniki otrzymywałem po przepłukaniu wspomnianych ziem czy to wodą przekroploną, czy fizjologicznym rozczynem soli kuchennej.

Badanie stężenia jonów wodorowych wyciągów z wszystkich przebadanych ziem nie wykazało, jak to wynika z tablicy VII, takich różnic, które by pozwoliły na wytłumaczenie tego zjawiska.

Tablica VII

Lp.	Rodzaj badanego wyciągu	pH
1	Wyciąg z piasku	7,34
2	Wyciąg z ziemi ogrodowej	7,40
3	Wyciąg z ziemi polnej	7,30
4	Wyciąg z ziemi leśnej	7,26
5	Wyciąg z gliny	7.36
6	Wyciąg z ziemi Z_2	6,72
7	Wyciąg z ziemi Z_3	5,69
8	Wyciąg z ziemi Z_4	6,27
9	Wyciąg z ziemi Z_5	6,13
10	Wyciąg z ziemi Z_7	7,08
11	Wyciąg z gliny 1	7,40
12	Wyciąg z gliny 2	7,05
13	Wyciąg z gliny 3	4,05
14	Wyciąg z ziemi Z_1	7,21
15	Wyciąg z ziemi Z_6	7,19

Objaśnienie: 6 g ziemi zalano 8 cm^3 fizjolog. rozczynu soli kuchennej. Po 24 godz. zwirowano.

Dodatni wynik próby precypitynowej przy użyciu swoistej na białko ludzkie i wysokowartościowej surowicy oraz przy stwierdzeniu, że użyty do wyciągów fizjologiczny rozczyn soli kuchennej nie zawiera białka, nasuwał myśl, że w danych próbkach ziemi przypadkowo znajduje się białko ludzkie. Z uwagi jednak na ujemny wynik badania wyciągów z kwasem sulfosalicylowym należało przyjąć, że w danych wyciągach nie ma w ogóle białka i że wyżej wspomniany dodatni wynik próby precypitynowej jest zależny od innych czynników, a nie od zawartości białka ludzkiego.

Wprawdzie wniosek ten wydawał się zupełnie oczywisty, to jednak celem usunięcia wszelkich wątpliwości, przeprowadziłem następujące doświadczenie.

Te ziemie, których wyciągi dawały wyżej wspomniane wyniki, poddałem w sterylizatorze na przeciąg kilkunastu godzin działaniu wysokiej ciepłoty (180°). Wysoka ciepłota, jak to podają Ferrai, Nuttal, Biondi i inni (przytoczeni przez Uhlenhutha i Beumera), rozkłada białko do tego stopnia, że nie udaje się go wykazać próbą precypitynową. Mimo to, wyciągi z ziem, które poddano działaniu wysokiej ciepłoty, dały dodatni wynik przy badaniu surowicą precypitynową.

W ten sposób udowodniłem, że dodatni wynik próby precypitynowej z wyciągami omawianych ziem nie był w zależności od zawartości białka ludzkiego w tych wyciągach.

W dalszym ciągu przystąpiłem do stwierdzenia, jakie ciała wchodzą w skład strątów w wymienionych powyżej próbach precypitynowych. To stwierdzenie uważałem za bardzo ważne, gdyż powinno ono rozstrzygnąć, czy powyższe wyniki zależne są od precypitacji, czy też zachodzą tutaj inne zjawiska, przypominające na pierwszy rzut oka precypitację.

Ponieważ w skład tworzącego się w próbie precypitynowej strątu wchodzą głównie składniki surowicy precypitynowej, czyli precypityny, przeto pierwsze doświadczenie powzięte w tym kierunku przeprowadziłem w warunkach, gdzie precypityn nie było.

W tym celu wykonałem badanie wyciągów omawianych ziem przy pomocy surowic królików, które nie były uczulane żadnym białkiem, a więc nie mogły zawierać precypityn. Badanie to dało identyczny z poprzednio opisanym wynik, tzn., że na granicy surowicy królika nieuczulonego i badanego wyciągu powstawał krążek strątu, który wejrzeniem swoim niczym się nie różnił od krążków, jakie obserwowano przy badaniu tych wyciągów z surowicą precypitynową. Dodatkowo wykonałem to samo doświadczenie, używając surowic nieuczulonych świnek morskich. Wyniki były jednoznaczne.

Tablica VIII

Rodzaj badanego wyciągu	Surowica precypitująca	Surowica królika [nieuczulonego]	Surowica świnki morskiej
Fizjologiczny rozczyn soli kuchennej	—	—	—
Wyciąg z gliny 1	+	+	+
Wyciąg z gliny 2	+	+	+
Wyciąg z gliny 3	+	+	+
Wyciąg z Z_1	+	+	+
Wyciąg z Z_6	+	+	+

Objaśnienie: 1,5 g ziemi zalano 2 cm^3 fizjologicznego rozczynu soli kuchennej. Zwirowano po 24 godz.

Równoczesne badania kontrolne nie wykazały żadnego zmętnienia na granicy surowicy nieuczulonego królika albo świnki morskiej i fizjologicznego rozczynu soli kuchennej, użytego do przygotowania wyciągów z omawianych ziem.

Ponieważ w wyciągach z omawianych ziem brak jest białka, a powstający strąt na granicy surowicy precypitującej i wyciągu nie wytwarza się z precypityn, przeto należy uznać, że zjawisko to nie jest precypitacją, lecz tylko do niej podobne.

Z uwagi na fakt, że w badanych wyciągach brak było białka, a obserwowany strąt nie był zależny od zawartości precypityn w surowicy precypitującej, należało celem wyjaśnienia zjawiska naśladującego precypitację, rozstrzygnąć, jakie ciała znajdują się w wyciągach omawianych ziem.

Ziemie te, według podziału Miklaszewskiego, należą do gleb wapniowcowych, których głównym składnikiem są połączenia wapniowców w mniejszym czy większym stopniu rozpuszczalne. Wobec powyższego należało przyjąć, że znajdują się one w wyciągach z tych ziem, co zostało potwierdzone badaniem chemicznym tych wyciągów. Dlatego wykonałem dalsze doświadczenia.

Cały szereg połączeń wapniowców rozpuszczałem w fizjologicznym rozczynie soli kuchennej i wykonywałem następnie z tymi rozczynami próbę precypitynową. Mogłem stwierdzić, że chlorek wapnia, siarczan wapnia, azotan strontu, wodorotlenek strontu, chlorek baru i azotan baru, rozpuszczone w fizjologicznym rozczynie soli kuchennej wywołują strąty przy zetknięciu się z surowicą precypitynową. Również przy użyciu surowicy królika nieuczulonego wytwarzał się na granicy surowicy i wyżej podanych rozczynów połączeń wapniowcowych strąt w postaci krążka.

Z tych doświadczeń wynikało by więc, że zjawisko powstawania strątu na granicy tak surowic precypitujących, jak i innych oraz wyciągów z gleb wapniowcowych jest zależne od soli wapniowych zawartych w tych wyciągach.

Uhlenhuth i Beumer podają, że jakakolwiek surowica krwi, dodana do wody wodociągowej, wywołuje zmętnienie oraz opadanie wytworzonego strątu. Autorzy ci przyjmują, że zjawisko to zależne jest od wypadania globulin surowicy, natomiast nie wypowiadają się co do możliwości domieszek chemicznych w wodzie wodociągowej. Z uwagi na poprzednio przytoczone doświadczenie, można przyjąć, że woda ta zawierała rozpuszczone sole wapniowe, a więc należała do tzw. wody twardej.

Dalsze badania będą miały na celu wyjaśnienie składu strątu, powstającego w powyżej opisanych warunkach.

Obecnie jednak chciałbym zastanowić się nad znaczeniem dopiero co omówionych wyników badań.

Celem uwypuklenia tego znaczenia w praktyce sądowo-lekarskiej, przeprowadziłem następujące doświadczenie.

Omawiane gleby wapniowcowe mieszałem z krwią ludzką oraz z krwią świnki morskiej. Po upływie 48 godzin badałem te mieszaniny w sposób, w jaki bada się każdy ślad krwawy. Po stwierdzeniu widmowo barwika krwi, przygotowałem wyciągi do próby precypitynowej. Próba precypitynowa we wszystkich tych wyciągach wypadła dodatnio (patrz tabl. IX.).

Badanie wykazało, że jeżeli od chwili zmieszania różnych gatunków ziem z krwią ludzką upłynie pewien przeciąg czasu, próba precypitynowa wypada przeważnie ujemnie, choć daje się wykazać białko w wyciągach tych mieszanin.

Ponieważ szybkość, z jaką występuje niemożność wykazania próbą precypitynową białka ludzkiego w wyciągach z mieszanin ziemi z krwią ludzką, jest zależna od rozdrobnienia części składowych ziem użytych do mieszania, przeto należało by wnosić, że zjawisko to polega na adsorbcji białka krwi.

Przyjęcie takie znajduje również potwierdzenie w obserwacji zabarwienia wyciągu z mieszanin ziem z krwią. Intensywność zabarwienia wyciągu jest odwrotnie proporcjonalna do procento-

Tablica IX

Rodzaj badanego płynu	Barwa badanego płynu	Próba precypitynowa	Próba z kwasem sulfo-salicylowym
Fizjologiczny rozczyn soli kuchennej	bezbarwny	—	—
Surowica ludzka 1/1000	bezbarwny	+	+
Wyciąg z mieszaniny krwi ludzkiej z Z_1	jasno-żółty	+	+
Wyciąg z mieszaniny krwi ludzkiej z Z_6	jasno-żółty	+	+
Surowica świnki morskiej 1/1000	bezbarwny	—	+
Wyciąg z mieszaniny krwi świnki morskiej z Z_1	jasno-żółty	+	+
Wyciąg z mieszaniny krwi świnki morskiej z Z_6	jasno-żółty	+	+

Objaśnienie: Ziemie Z_1, Z_6 zmieszano a) z krwią ludzką, b) z krwią świnki morskiej w stosunku 10:2. Po 48 godz. zalano 3 g mieszaniny 4 cm³ fizjolog. rozcz. soli kuchennej. Zwirowano po 24 godz.

wej zawartości najdrobniejszych części składowych ziemi i do czasu, jaki upłynął od chwili zmieszania ziemi z krwią do chwili badania.

Badania nie wykazały, by stężenie jonów wodorowych wyciągów z czystych ziem mogły mieć jakikolwiek wpływ na ten wynik badania. Również same wyciągi z czystych ziem nie ujawniły hamującego działania na przebieg próby precypitynowej.

Ocena wyników badania przynależności grupowej krwi znachodzącej się na ziemi wymaga dużej ostrożności, ponieważ wykazuje się element A lub B, mimo braku tych elementów tak w krwi użytej do mieszania z ziemiami, jak i w czystych ziemiach.

Wyciągi z pewnych ziem dają wyraźny strąt, podobny do dodatniego wyniku próby precypitynowej, mimo braku jakiegokolwiek białka w tych wyciągach. Ten sam wynik otrzymuje się przy badaniu wyciągów uzyskanych z tych ziem po ich uprzednim wypłukaniu czy to wodą przekroploną, czy to fizjologicznym rozczynem soli kuchennej, jak również po poddaniu tych ziem działaniu wysokiej ciepłoty.

Pewne wahanie stężenia jonów wodorowych wyciągów z tych ziem nie może wytłumaczyć tego zjawiska.

Ponieważ wspomniane wyciągi dają strąty w zetknięciu się z surowicami królików i świnek morskich, nieuczulanych na żadne białko, a ziemie, z których uzyskano te wyciągi, należą do gleb wapniowcowych, czyli zawierających w przeważnej części połączenia wapniowcowe, które są mniej czy więcej rozpuszczalne i przechodzą do wyciągów, przeto naśladując próbę precypitynową zjawisko to zależne jest tylko od zawartości w wyciągach połączeń wapniowcowych.

Badanie swoistą na białko ludzkie surowicą precypitynową wyciągów z mieszanin ziem wapniowcowych z krwią świnki morskiej dało takie same wyniki, jakby do mieszania użyto krwi ludzkiej.

Te wyniki badania, przy uwzględnieniu dość dużego rozpowszechnienia w przyrodzie połączeń wapniowcowych wskazują na konieczność zastosowania w przypadkach badań śladów krwawych następujących kontroli:

1) badanie, czy wyciągi z podłoża niezakrwawionego nie dają dodatniego wyniku z surowicą precypitynową;

2) badanie, czy wyciągi z miejsca zakrwawionego nie dają strątów, jak w próbie precypitynowej, w zetknięciu się z surowicami nie zawierającymi precypityn.

Dopiero przy takim wyniku badań kontrolnych będzie można uważać, że dodatni wynik próby precypitynowej wyciągów z miejsc zakrwawionych jest swoisty, to znaczy, zależny od zawartości w badanym wyciągu białka ludzkiego.

Wynik dodatni próby precypitynowej z wyciągami ziem wapniowcowych zmieszanych z krwią świnki morskiej nie mógł zależeć w danym wypadku wobec swoistości surowicy precypitującej od obecności białka świnki morskiej, lecz od soli wapniowych, jakie przeszły z ziemi do fizjologicznego rozczynu soli kuchennej.

Teraz jasnym się staje, jakie znaczenie może mieć w poszczególnych przypadkach wynik badania śladów krwawych, których podłożem jest ziemia zawierająca sole wapniowe.

Ponieważ sole wapniowe znajdują się w wielu ziemiach, a ponadto można przypuścić, że mogą znajdować się przypadkowo na innych podłożach śladów krwawych, przeto należało by w każdym przypadku badania śladów krwawych, równocześnie z badaniem wyciągu z miejsca zakrwawionego surowicą precypitynową przebadać wyciąg ten surowicami nie zawierającymi precypityn.

Natomiast w przypadkach tych, gdzie ślady krwawe są bardzo małe i wobec tego nie da się uzyskać z nich większej ilości wyciągów, należy zbadać, czy wyciągi z miejsc niezakrwawionych nie dają dodatniego wyniku, tak z surowicą precypitynową, jak i z surowicami nie zawierającymi precypityn. I dopiero wtedy, gdy się stwierdzi, że wyciąg z miejsca zakrwawionego nie daje strątu z surowicami nie zawierającymi precypityn, albo gdy wyciągi z miejsc niezakrwawionych nie dają strątu z surowicami precypitującymi i nie zawierającymi precypityn, można będzie uważać, że dodatni wynik badania wyciągów z miejsc zakrwawionych z surowicą precypitynową jest swoisty, tzn. zależny od zawartości w badanym wyciągu białka ludzkiego.

Przeglądając cały szereg podręczników medycyny sądowej, tak starszych, jak i nowszych, nie spotkałem przy omawianiu sposobu wykonywania próby precypitynowej żadnej wzmianki, wskazującej na konieczność przeprowadzenia wyżej wymienionych badań kontrolnych. Jedynie Leers w monografii swojej pt.: „*Die forensische Blutuntersuchung*", wydanej w roku 1910, zaznacza, że wśród innych kontroli należy wykonać również badanie w ten sposób, że do 0,9 cm³ badanego wyciągu dodaje się 0.1 cm³ surowicy królika. Leers wspomina również o Wassermannie, który często badał wyciągi z podłoża, na jakim znajdował się ślad krwawy. Natomiast Leers w monografii swojej pt.: „*Gerichtsärztliche Untersuchungen*", wydanej w roku 1913, już o tych kontrolach nie wspomina.

Wyżej już zaznaczyłem, że w podręcznikach medycyny sądowej, wydanych w różnych okresach czasu, nie znalazłem żadnej wzmianki o konieczności przeprowadzenia takich badań kontrolnych w przypadkach stwierdzania krwi ludzkiej w podejrzanych śladach krwawych. Dlatego też chcę obecnie zwrócić uwagę na konieczność przeprowadzania wyżej wspomnianych kontroli, do czego upoważniają mnie dopiero co przedstawione wyniki badań.

Streszczenie

Przy badaniu śladów na ziemi, pochodzących niewątpliwie od krwi ludzkiej, nie można było stwierdzić swoistą i wysokowartościową surowicą precypitującą białka ludzkiego, mimo wykazania barwika krwi i śladów białka.

Piśmiennictwo:

1) Horoszkiewicz i Makowiec: Pol. Gaz. Lek. R. XVI. Nr 3. — 2) Klecki: Patologia ogólna. T. II. Kraków 1935. Str. 378. — 3) Leers: Die forensische Blutuntersuchung. Berlin 1910. Str. 102, 139. — 4) Leers: Gerichtsärztliche Blutuntersuchungen. Berlin 1913. Str. 141. — 5) Miklaszewski: Rozpoznanie gleb w polu na ziemiach polskich. Warszawa 1921. —

6) Pichon i Sannie: Ann. Méd. lég. T. 11. R. 1931. Str. 733—736. — 7) Uhlenhuth i Beumer: Zeitschr. f. Mediz. 1903. Nr 5 i 6; Das biologische Verfahren zur Erkennung und Unterscheidung von Menschen — und Tierblut. Jena 1905. Str. 63.

Dr Helena TATARZYŃSKA Łódź

Przypadek ślepoty na tle ostrej niedokrwistości

Z Oddziału Wewnętrznego Szpitala im. Prez. I. Mościckiego w Łodzi
Ordynator: Dr Jan Chrzanowski

Nagła utrata większej ilości krwi może wywołać różnego rodzaju zmiany i powikłania w ustroju ludzkim. Do rzędu powikłań ciężkich, lecz na szczęście względnie rzadkich należą zaburzenia wzroku, występujące bądź to pod postacią niedowidzenia — amblyopii, bądź też zupełnej ślepoty — amaurozy.

Zmiany te mogą być jedno- lub obuoczne, nagłe lub postępujące, przemijające lub stałe.

Tragizm tego powikłania pogłębia się właśnie przez to, że w dużej liczbie przypadków ślepota pozostaje na stałe.

Jeśli chodzi o dane statystyczne, to najobfitszym materiałem rozporządza Singer, który zdołał zebrać z własnej obserwacji i piśmiennictwa 194 przypadki zaburzeń wzroku po krwotokach.

Z tego w 170 przyp. (87,6%) zmiany były obustronne, w 24 przyp. (12,4%) — jednostronne.

Pod względem stopnia ciężkości zaburzenia: przy jednostronnych zmianach w 12 przyp. doszło do zupełnej amaurozy i w 12 przyp. do amblyopii; przy obustronnych zmianach w 100 przypadkach wystąpiła zupełna ślepota, w 55 przyp. — niedowidzenie. W pozostałych 15 przypadkach stopień uszkodzenia był różny na każdym oku.

Birò z kliniki budapesztańskiej w pracy o przyczynach ślepoty w ujęciu statystycznym podaje, że na 1.000 przyp. amaurozy w 4 przyp. zaledwie przyczyną, wywołującą ślepotę, był krwotok.

Na naszym Oddziale, rozporządzającym bądź co bądź dużym materiałem, różnego rodzaju krwotoki zdarzają się dosyć często. Po raz pierwszy jednak widzieliśmy wystąpienie ślepoty, jako zaburzenia spowodowanego wykrwawieniem.

Z punktu widzenia etiologii najczęstszym rodzajem krwotoków, które dają w następstwie powikłania oczne, są według większości autorów, krwotoki z przewodu pokarmowego — według Melanowskiego, Ziembińskiego, Altera w 40% przypadków. Na drugim miejscu stoją krwotoki z dróg rodnych, następnie krwotoki wywołane sztucznie (upusty krwi, bańki cięte, pijawki), dalej krwotoki z nosa, krwioplucie itp. Kobiety częściej podlegają powikłaniom, a to z tego względu, że narażone są na krwotoki z dróg rodnych. W statystyce Singera 54,6% powikłań ocznych pokrwotocznych przypada na kobiety, 45,4% — na mężczyzn. Zaburzenia te mogą wystąpić niezależnie od wieku, najczęściej jednak około 40 roku życia.

Powikłania oczne bardzo rzadko występują już podczas krwotoku lub bezpośrednio po nim, lecz rozwijają się przeważnie powoli, ujawniając się dopiero po kilku dniach a nawet i później, często wówczas, gdy objawy ogólne ostrej niedokrwistości już minęły i ciężki początkowo stan chorego uległ poprawie.

Najczęstsze występowanie zaburzeń pokrwotocznych przypada pomiędzy 3 a 6 dniem po krwotoku — w 39% przyp.; w czasie od 12 godzin do 2 dni — w 14% przyp.; bezpośrednio po krwotoku — w 11,6% przyp.; podczas krwotoku — w 8,3% przyp.

Najdłuższy okres czasu, spotykany pomiędzy krwotokiem a zjawieniem się zaburzeń ze strony narządu wzroku, wynosił 21 dni.

Występowanie tych zaburzeń, według opisu chorych, objawia się przeważnie w ten sposób, że najpierw odczuwają oni jakby gęstą zasłonę, mgłę, która obejmuje bądź całe pole widzenia, bądź też jego część. Stopniowo mgła ta zagęszcza się, chory przestaje rozróżniać otaczające go przedmioty, traci poczucie światła i wreszcie może dojść do tragicznego zejścia, jakim jest utrata wzroku. W rzadkich przypadkach postępy amblyopii mogą iść w szybkim tempie.

Powodem wystąpienia zaburzeń ocznych może być krwotok jednorazowy lub wielokrotne krwotoki.

Obfitość krwotoku nie stoi w stosunku prostym do ciężkości zaburzeń wzroku. Niekiedy silne krwotoki nie wywołują żadnych powikłań ze strony wzroku, podczas gdy późniejsze słabsze krwawienia mogą doprowadzić do całkowitej ślepoty.

Większość autorów jest zdania, iż krwotok sam nie jest dostatecznym powodem wystąpienia zaburzeń ocznych i że utrata wzroku zachodzi przeważnie u ludzi już uprzednio chorych lub wyniszczonych.

Drévon przypuszcza, opierając się na opinii de Terrien'a, że utrata krwi wywołuje jakoby koncentrację toksyn hipersympatykotonicznych, zawartych we krwi, które wywołują z kolei skurcz tętnicy centralnej siatkówki i zwyrodnienie wtórne siatkówki.

Worms również podkreśla, iż poprzedni stan zdrowia chorych odgrywa dużą rolę, gdyż wyjątkowo tylko zaburzenia wzroku widzimy u osobników zdrowych, najczęściej zaś u chorych w stanie wyniszczenia, spowodowanego schorzeniem ostrym lub przewlekłym.

Tym się też ma tłumaczyć fakt rzadkiego występowania zaburzeń ocznych u rannych żołnierzy podczas wojny, aczkolwiek wykrwawienie z ran osiągać może znaczny stopień.

Nie wszyscy jednak autorzy podzielają ten pogląd.

Dupuy-Dutemps przedstawił na Kongresie Oftalmologów Francuskich w Paryżu w 1936 r. 2 przypadki z własnej obserwacji, w których zaburzenia wzroku wystąpiły po krwotoku i gdzie jedynym czynnikiem, wywołującym te zaburzenia, wydawały się tylko zmiany we krwi o charakterze wtórnej niedokrwistości.

Rokowanie kształtuje się w ogóle niepomyślnie, zwłaszcza w przypadkach, w których utrata wzroku nastąpiła już w czasie krwawienia.

Według statystyki Singera, wyzdrowienie następuje w 13% przyp., poprawa w 38,4%, brak poprawy w 46,4%.

Przy badaniu oczu stwierdza się zwykle osłabienie lub zniesienie odruchu źrenicznego oraz rozszerzenie źrenic. Często występuje również mniej lub więcej zaznaczone ograniczenie pola widzenia.

Badanie przedmiotowe wziernikiem ocznym wykazuje: bladość tarczy nerwów wzrokowych oraz bladość ogólną całego dna oka; w przypadkach dalej posuniętych zjawia się obrzęk tarczy, a w najgorszym razie zanik nerwów wzrokowych.

Badanie anatomo-patologiczne wykazuje w tych wypadkach zanik nerwów wzrokowych i zwyrodnienie tłuszczowe siatkówki.

W Szpitalu im. Prez. Mościckiego widzieliśmy następujący przypadek:

Chora S. Ł., lat 47, robotnica w niciarni, przybyła na nasz Oddział dnia 23. VIII. ub. r. z rozpoznaniem: *pneumonia crouposa*. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Zamężna od 25 lat; rodziła dwa razy, 1 poronienie sztuczne. Od dwóch lat menopauza. W dzieciństwie przebyła odrę, w 18 roku życia dur brzuszny. Przed 15 laty leczyła się przez kilka miesięcy z powodu dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego: miewała wówczas uczucie palenia w żołądku niezależne od jedzenia, niekiedy wymioty treścią wodnistą. Pod wpływem diety i leków objawy te ustąpiły i więcej podobnych dolegliwości nie odczuwała.

Od dwóch lat używa szkieł tylko do czytania i szycia. Na odległość widzi dobrze.

Podaje, iż zachorowała nagle dnia 29. VIII. ub. r. wśród objawów ogólnego osłabienia, dreszczy i podwyższonej ciepłoty, wynoszącej 39°.

Nazajutrz wystąpiło kłucie pod prawą łopatką, zjawił się kaszel. Po trzech dniach zaczęła odpluwać rdzawą plwocinę. Wobec ciężkiego stanu chorą skierowano na nasz Oddział dnia 23. VIII.

Przy badaniu w dniu przybycia chorej stwierdzono: stan ogólny ciężki, ciepłota 39.4°. Budowa prawidłowa, średnio-mocna, odżywienie mierne. Czaszka symetryczna, na opuk niebolesna. Ustawienie i ruchy gałek ocznych prawidłowe. Źrenice równe, okrągłe, oddziaływanie na światło i zbieżność zachowane. Jama ustna: w uzębieniu liczne braki, język wilgotny, pokryty brunatnawym nalotem. Łuki podniebienne i gardziel zaczerwienione. Klatka piersiowa symetryczna. Płuca: nad środkową i dolną częścią prawego płuca przytłumienie, nad pozostałą przestrzenią płuc opuk jawny. W miejscu stłumienia oddech wybitnie oskrzelowy, u dołu nieliczne rzężenia. Serce: granice prawidłowe, tony serca głuchawe, czynność miarowa. Tętno słabo napięte i wypełnione, równe, 104 na 1 min. Ciśnienie 105/75. Jama brzuszna: powłoki wiotkie, oporów ani bolesności nie stwierdza się. Wątroba i śledziona niemacalne.

Kończyny górne: bez zmian. Kończyny dolne: żylaki na obu podudziach. Odruchy zachowane.

Rozpoznanie nasze brzmiało: *pneumonia crouposa*.

Po dwóch dniach, tj. dnia 25. VIII. ciepłota zaczęła się obniżać, stan ogólny uległ poprawie, w płucach rzężenia liczniejsze, oddech oskrzelowy mniej wyraźny.

Dnia 26. VIII. ciepłota wynosiła wieczorem 36,8°, samopoczucie chorej znacznie lepsze.

Dnia 27. VIII. w nocy, nagle chora dostaje bardzo obfitych wymiotów krwawych, stolec oddaje ciemny, smołowy.

Nazajutrz rano: stan chorej ciężki; chora bardzo blada, wykrwawiona, nieco zamroczona. Ciśnienie krwi 80/50. Badanie krwi wykazało: Hgl — 27%, czerwonych ciałek krwi — 1,360.000. Wobec ciężkiego stanu chorej i obrazu krwi przystąpiono natychmiast do przetoczenia krwi w ilości 350 cm³. Przetoczenie chora zniosła dobrze, reakcji silniejszej, poza wzniesieniem ciepłoty do 38,4°, nie miała.

Następnego dnia, tj. dnia 29. VIII. stan ogólny chorej lepszy, chora zupełnie przytomna, skarży się jedynie na ogólne osłabienie.

Wymioty nie powtórzyły się, stolce smołowe. Wieczorem tegoż dnia zaczyna skarżyć się, że gorzej widzi na lewe oko, ma uczucie mgły przed oczyma.

Dnia 30. VIII. niedowidzenie wzmaga się. Badanie okulistyczne z dnia 30. VIII. wykazało, co następuje: źrenice miernie szerokie, lewa na światło nie oddziaływa, brak poczucia światła. Prawa źrenica reaguje żywo. Po atropinie obie źrenice szerokie. Tarcze obie blade, z zatuszowanymi granicami. Prawe oko: aczkolwiek chora oświadcza, iż widzi dobrze — ma wzrok znacznie upośledzony od strony nosa. Wybroczyn na dnie oka nie stwierdza się.

Następnego dnia, tj. 31. VIII. chora widzi gorzej, przedmioty rozpoznaje z trudnością. Badanie wziernikiem wykazuje: obie tarcze blade z zatuszowanymi granicami, na lewym oku brak poczucia światła. Badanie neurologiczne objawów chorobowych, prócz ocznych nie wykazało.

Dnia 1. IX. zupełny brak poczucia światła; chora nie orientuje się, czy na sali panuje dzień, czy noc.

Badanie okulistyczne: tarcze blade, obrzękłe: brak poczucia światła.

Następnego dnia stan chorej bez zmiany. Badanie krwi wykazuje: Hgl — 30%, czerw. c. krwi — 1,610.000, biał. c. krwi — 7.900, wskaźnik — 0,94. Badanie kału na krew utajoną: próba benzydynowa i piramidonowa dodatnie. Wassermann we krwi ujemny.

Nazajutrz, tj. dnia 3. IX. dokonano powtórnie przetaczania krwi w ilości 250 cm³. Reakcji ogólnej po zabiegu nie było, natomiast w parę godzin po przetoczeniu chora zaczyna rozróżniać światło, ma uczucie, iż ciemności, które ją dotąd otaczały, rozjaśniają się.

Dnia 4. IX. chora ma wyraźne poczucie światła, widzi sylwetki osób z otoczenia.

Dnia 6. IX. badanie okulistyczne: obraz dna oka bez widocznych zmian, podmiotowo jednak znaczna poprawa, chora odróżnia światło i wyraźnie widzi ruchy ręki.

Badanie krwi, wykonane nazajutrz, wykazuje poprawę Hgl — 51%, czerw. c. krwi — 2,800.000.

Stopniowo stan ogólny chorej ulega poprawie, na żadne dolegliwości, prócz zaburzeń ocznych, nie skarży się.

Po kilku dniach chora rozpoznaje ruchy ręki, sylwetki osób i przedmiotów widzi coraz wyraźniej.

Badanie okulistyczne z dnia 21. IX.: tarcze blade, nie obrzękłe, lewa ukrwiona nieco lepiej; bystrość: liczy palce z odległości 1 metra.

Po paru dniach wykonano badanie rentgenowskie żołądka oraz zdjęcie śluzówkowe przełyku. Oba badania wypadły ujemnie. Prześwietlenie i zdjęcie płuc również nie wykazało żadnych zmian chorobowych.

Badania te były jeszcze parokrotnie powtarzane, lecz żadnych odchyleń od normy nie wykazały. Badanie kału na krew utajoną krwi nie wykryło.

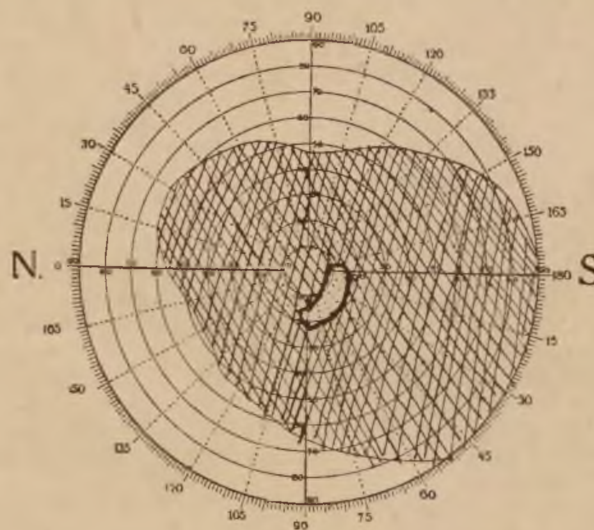
Niedokrwistość ustępowała. Obraz krwi z dnia 15. X. był następujący: Hgl — 82%, czerw. c. krwi — 4,230.000, wskaźnik — 0,96, leukocytów — 7.600. Obraz białych ciałek krwi nie odbiegał od normy, w obrazie czerw. c. krwi nieznaczna anizo- i poikilocytoza.

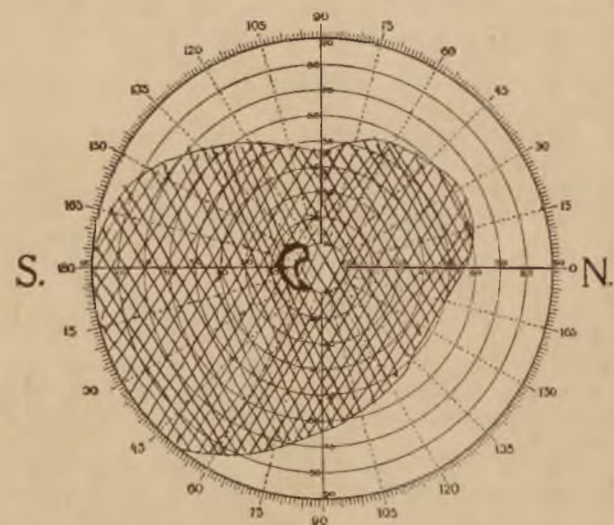
W zaburzeniach ze strony wzroku poprawa zaznacza się wyraźnie, chora rozpoznaje przedmioty oraz kształt i barwę ich, porusza się względnie swobodnie sama po korytarzu i sali, omijając spotykane na drodze przeszkody. Widoczne jest jednak ograniczenie pola widzenia, gdyż chora patrzy bokiem.

Badanie okulistyczne z dnia 23. X. wykazuje również poprawę: dno oczu ukrwione dobrze, zmian na nim nie widać, bystrość wzroku ok. 1/100, widzenie niecentralne. Badanie perymetryczne wykazuje znaczne ograniczenie pola widzenia, co zaznaczone jest na poniższej rycinie.

W tym stanie chora opuszcza Szpital dnia 25. X. ub. r.

Streszczając opis przypadku, widzimy, iż u chorej, po przebytym zapaleniu płatowym płuc, wystąpił nagle krwotok, najprawdopodobniej żołądkowy, który dał w następstwie jako powikłanie zaburzenie wzroku, które doprowadziło do zupełnej ślepoty.





Na szczęście dla chorej ślepota ustąpiła, pozostało jednak niedowidzenie znacznego stopnia, z ograniczonym polem widzenia.

Rzadkość występowania podobnych powikłań skłoniła nas do opisania tego przypadku.

Dr M. LEŃSKI Włocławek

Białaczka szpikowa po wycięciu pozimniczego guza śledziony, przebiegającego z poliglobulią

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala św. Antoniego we Włocławku
Ordynator: Dr W. Piasecki

Chory Sz. T., lat 40, inwalida wojenny, przybył do Szpitala z powodu ogólnego wyniszczenia i bólów w całym brzuchu. Chory przebywa w Szpitalu po raz drugi.

Czuje się chorym od 1920 roku, kiedy podczas służby wojskowej zachorował na zimnicę. Napady zimnicze były dość częste. Już wtedy wystąpiło dość znaczne powiększenie śledziony. Od tego czasu datują się dolegliwości w lewym podżebrzu. Bóle niekiedy wzmagały się i występowały w postaci napadów bezgorączkowych. Najczęściej dokuczały mu bóle przy chodzeniu. W 1932 roku wskutek ogólnego osłabienia leczył się w jednym ze szpitali w Warszawie, gdzie rozpoznano gruźlicę śledziony.

W sierpniu 1934 r. stan chorego się pogorszył i dnia 14. VIII. 1934 r. chory przybył do Szpitala św. Antoniego, gdzie obserwowałem go w ciągu trzech tygodni.

Chory żonaty, ma czworo zdrowych dzieci. Rodzice byli zdrowi, zmarli w podeszłym wieku. Rodzeństwo zdrowe. Alkoholu nie używa, chorób wenerycznych nie przechodził.

Z odchyleń od normy przy badaniu stwierdzono co następuje: Chory blady, z odcieniem podżółtaczkowym. Ciepłota 37,2—37,4°. W płucach, poza skróceniem wypuku i wydłużonym wydechem nad szczytami, zmian nie stwierdzono. Serce w granicach prawidłowych. Tony czyste, szmerów się nie słyszy.

Przy badaniu jamy brzusznej stwierdzono guz śledziony i powiększenie wątroby. Górna granica śledziony na VIII żebrze, dolny biegun sięga kolca biodrowego przedniego górnego. Długość stłumienia śledzionowego od łuku żebrowego wynosiła 21 cm.

Prawy brzeg śledziony sięgał do linii środkowej ciała.

Wątroba występowała spod łuku żebrowego na 3 palce i była bolesna na ucisk.

Przy badaniu morfologicznym krwi stwierdzono: czerwonych ciałek 8.000.000, hemoglobiny 100%, index 0,6, białych ciałek 6.200. Wzór: obojętnochłonnych 70%, (pałeczkowatych 2%), limfocytów 28%, monocytów 1%, przejściowych 1%.

Pasożytów zimnicy we krwi nie znaleziono.

Mocz nie zawierał składników patologicznych, prócz zwiększenia urobiliny.

Badanie treści żołądkowej wykryło: HCl wolny — 60. Ogólna kwasota — 85.

W kale krwi utajonej ani jaj pasożytów nie wykryto.

Ciśnienie krwi: 110 maks., 65 min. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny.

W leczeniu stosowano rozczyn Fowlera w wzrastających dawkach.

W wyniku leczenia nastąpiła poprawa. Apetyt się polepszył, chory czuł się mocniejszy i śledziona uległa nieznacznemu zmniejszeniu.

Przy chodzeniu chory odczuwał w mniejszym stopniu ciężar powiększonej śledziony.

Dnia 4. IX. chory na własne żądanie wypisał się ze Szpitala z poprawą.

W 1935 roku nastąpiło pogorszenie i chory był skierowany na Klinikę Chirurgiczną w Warszawie, gdzie dokonano wycięcia śledziony (30 marca 1935 r.). Waga śledziony wynosiła 3 kg. Badanie histologiczne wykazało pozimniczy guz śledziony *(splenomegalia post malariam)*.

W ciągu czterech miesięcy po operacji chory czuł się stosunkowo nieźle.

Dnia 20 lipca 1935 r. nagle wystąpiło krwawienie z nosa, które trwało 24 godziny. Chorego przewieziono do Szpitala im. Marszałka Piłsudskiego, gdzie rozpoznano białaczkę szpikową.

Liczba białych ciałek krwi wynosiła 60.000.

W lipcu 1936 r. chory otrzymał naświetlania promieniami Rtg. na okolicę wątroby. Po naświetlaniach chory czuł się dobrze w ciągu sześciu tygodni. Później krwawienia z nosa wznowiły się, zaczęły krwawić również dziąsła.

Dnia 10 kwietnia chory przybył po raz drugi do Szpitala św. Antoniego.

Stan obecny. Chory budowy prawidłowej, odżywienia upośledzonego. Cera blada z odcieniem podżółtaczkowym.

Ciężar ciała 67,5 kg. Gruczoły chłonne podszczękowe nieco powiększone, w prawej pasze jeden gruczoł powiększony. W pachwinach liczne gruczoły wielkości grochu-fasoli, ruchome, nie zrośnięte między sobą. Ciepłota 37,2—37,8°. Język czerwony, wilgotny, nieco wygładzony. Na dolnej wardze owrzodzenie powierzchowne, wielkości grochu, nieco większe owrzodzenie znajduje się na tylnej powierzchni języka po prawej stronie. Na śluzówce jamy ustnej punkcikowate czerwone i białe plamki, na języku przeważnie białe. Przy spożywaniu pokarmów, zwłaszcza ostrych, odczuwa ból w jamie ustnej, jako też i od gorących napojów. Dziąsła rozpulchnione, zaczerwienione.

W uzębieniu liczne braki. Pozostało 10 zębów, które są spróchniałe. Zęby częściowo powypadały, częściowo usunięte, po części już od 1920 roku.

Na tylnej powierzchni klatki piersiowej miękkie wypuklenie, zajmujące całą przestrzeń między prawą łopatką a kręgosłupem. Skóra nad wypukleniem niezmieniona.

Wypuklenie powstało samoistnie w grudniu ub. r., gdy chory uniósł prawą rękę, usiłując zdjąć pudło z szafy.

Na skórze brzucha rozszerzone żyły, zwłaszcza po stronie lewej. Przy oglądaniu szyi widać ożywione tętnienie. Opukiwanie mostka i obojczyków jest bolesne, natomiast przy opukiwaniu żeber i kości kończyn dolnych chory nie odczuwa bólu. W okolicy kostek nieznaczny obrzęk.

Płuca. Dołki nad i podobojczykowe zapadnięte. Nad szczytami szorstki wdech i wydłużony wydech. W dolno-tylnych partiach płuc nieliczne trzeszczenia.

Serce w granicach prawidłowych. Nad koniuszkiem i tętnicą główną szmer skurczowy. Ciśnienie krwi: 95 maks., 75 min. Tętno miarowe, 80 na minutę. Liczba oddechów na minutę 20.

Przy oglądaniu jamy brzusznej zarysowuje się uwypuklenie, zajmujące całą górną i średnią część brzucha. Obmacywaniem stwierdza się guz wątroby, oddechowo ruchomy, tkliwy na ucisk.

Powierzchnia wątroby chropowata, brzeg ostry, wykazuje trzy wręby. Osłuchowo szmeru nie słychać.

Długość od łuku żebrowego prawego po linii środkowo-obojczykowej wynosi 19 cm, po linii środkowej ciała 17 cm od wyrostka mieczykowatego, a po linii środkowo-obojczykowej lewej 12 cm od łuku żebrowego.

Badanie morfologiczne krwi. Czerwonych ciałek 3,850.000. Białych ciałek 46.000. Hemoglobiny 60%. Indeks 0,8. Wzór: obojętnochłonnych 63%, myeloblastów 4%, myelocytów 15%, limfocytów 14%, monocytów 4%.

Anizocytoza, poikilocytoza i poszczególne normoblasty.

Czas krwawienia 4 minuty, czas krzepnięcia 13 minut.

Mocz. Prócz moczanów i zwiększonej ilości urobiliny składników patologicznych nie znaleziono.

Treść żołądkowa. HCl wolny — 40. Ogólna kwasota — 60.

Układ nerwowy. Źrenice wąskie, równe, reagują na światło i akomodację. Odruchy brzuszne zachowane, kolanowe wzmożone, ze ścięgna Achillesa prawidłowe, Babiński, Romberg ujemne. Dno oczu (dr I g e l) bez zmian.

Odczyn Biernackiego (wg Linzenmeyera) — 3 godziny.

Chory przez cały czas pobytu w Szpitalu miał ciepłotę podgorączkową, która podnosiła się wieczorem do 38°.

Dnia 18. IV. chory dostał krwawienia z nosa. Przy badaniu stwierdzono rozszerzone naczynia na przegrodzie po stronie prawej. Krwawienie z nosa udało się szybko opanować przy pomocy zwykle stosowanych środków.

Stan zapalny jamy ustnej nie uległ żadnej poprawie.

Leczenie. Obok stosowania środków działających objawowo, chory otrzymał rozczyn Fowlera, który poprawił u chorego jedynie apetyt, nie wywierając znaczniejszego wpływu na całokształt choroby.

Po dwutygodniowym pobycie chorego w Szpitalu, chory wypisał się dnia 21. IV. na własne żądane i wkrótce zmarł.

Analiza przypadku

Podczas pierwszego pobytu chorego w Szpitalu w roku 1934, na czoło obrazu chorobowego wysunęły się guz śledziony i zwiększenie liczby czerwonych ciałek do 8 milionów.

Ten zespół objawów spotykamy w chorobie Vaqueza, gruźlicy śledziony i w zakrzepie żyły śledzionowej. Przeciw chorobie Vaqueza przemawiała przede wszystkim bladość chorego. Chorzy dotknięci policytemią typu Vaqueza mają wygląd pletoryczny.

Również śledziona nie dochodzi do tak wielkich rozmiarów, jak u naszego chorego.

Przeciw gruźlicy śledziony, którą rozpoznali u naszego chorego w 1932 roku, przemawiała normalna ilość limfocytów.

W gruźlicy śledziony znajdujemy bardzo znaczną limfopenię.

W przypadku S z c z e k l i k a (Pol. Gaz. Lek. Nr 36, 1934) limfocytów było 3%, a w przypadku M a r g o l i s a (Pol. Gaz. Lek. Nr 33, 1933) — 6%.

Co do przewlekłej postaci zakrzepu żyły śledzionowej, to wobec braku krwawień żołądkowo-jelitowych u naszego chorego, trudno było się zdecydować na powyższe rozpoznanie.

Należy zaznaczyć, że w rzadkich przypadkach choroba Bantiego może również przebiegać z poliglobulią. Jednakże wobec braku u naszego chorego leukopenii i monocytozy, co jest charakterystyczne dla obrazu krwi w chorobie Bantiego, mogliśmy odrzucić to przypuszczenie.

Również z łatwością mogliśmy wykluczyć cały szereg chorób, przebiegających z guzem śledziony, jak białaczkę, żółtaczkę hemolityczną, splenomegalię typu Gaucher, ziarnicę złośliwą, kiłę śledziony, zarówno ze względu na odmienny przebieg choroby, jak i na odmienny obraz krwi. Po wykluczeniu wyżej wspomnianych chorób należało zastanowić się nad rozpoznaniem splenomegalii pozimniczej, tym bardziej, że początek obecnej choroby wiąże się bezpośrednio z przebytą zimnicą. Ze względu jednakże na poliglobulię, która dotychczas nie była notowana w zimnicy, rozpoznanie splenomegalii pozimniczej mogło być przyjęte jedynie jako przypuszczalne.

Badanie histologiczne wyciętej śledziony wykazało, jak poprzednio wspominaliśmy, pozimniczy guz śledziony. Należy wobec tego przyjąć, że przebyta zimnica z guzem śledziony w rzadkich przypadkach może przebiegać z poliglobulią.

W cztery miesiące po wycięciu śledziony u chorego rozwija się przewlekła białaczka szpikowa.

Jaką rolę odgrywała splenektomia? Po wycięciu śledziony notowane są przypadki, przebiegające z odczynem szpiku kostnego jako wzmożonej czynności erytro- leuko- i tromboblastycznej. Liczba leukocytów wzrasta do 50.000, we krwi zjawiają się myelocyty. Wzrasta również liczba czerwonych ciałek krwi i płytek. Wzmożona czynność szpiku kostnego ma jednakże charakter przemijający.

W ciągu ostatnich lat notowane były przypadki ostrej białaczki po wycięciu śledziony. Znany jest przypadek Rohmera, który dotyczy dziecka lat 12, u którego w dwa lata po splenektomii, dokonanej z powodu skazy krwotocznej, rozwinęła się ostra białaczka limfatyczna (Rohmer et Schneegans: *Leucémie lymphoide chez un enfant splénéctomisé pour hémogénie*. Przyt. wg *Le Sang*. 1933. Nr 2. Str. 193).

Drugi przypadek, opisany przez Rickforda dotyczył chorej, u której z powodu plamicy krwotocznej została wycięta śledziona. Po 4 miesiącach dobrego samopoczucia u chorej rozwija się ostra białaczka szpikowa (*Revue de Chirurgie*. T. LXVII. 1929, p. 24).

Co się tyczy naszego chorego, to nie ulega wątpliwości, że mamy do czynienia z prawdziwą białaczką przewlekłą, a nie z przemijającym odczynem szpiku kostnego.

Za tym przemawia długi okres trwania białaczki (około 2 lat) i potężny guz wątroby.

Wobec tego należy przyjąć u naszego chorego istnienie związku przyczynowego między splenektomią a białaczką szpikową, tym bardziej, że zmiany we krwi stwierdzono w cztery miesiące po operacji.

Cechą znamienną dla obrazu krwi u naszego chorego jest przejście od znacznej poliglobulii (8 milionów przed operacją) do zmniejszonej liczby erytrocytów (3.8 po operacji). Analogiczne przypadki notowane są w piśmiennictwie. Emile-Veil opisał w 1935 roku przypadek chorego z poliglobulią i guzem śledziony. W półtora roku po wycięciu śledziony u chorego rozwija się niedokrwistość niedobarwliwa z zejściem śmiertelnym (*Le Sang* 1936. Nr 6. Str. 752). Minot i Buckman opisali 3 przypadki poliglobulii z następową niedokrwistością. Chorzy byli leczeni naświetlaniami rentgenowskimi. Również chory Avery wykazał po naświetlaniu Rtg. spadek czerwonych ciałek krwi z 9 do 2 milionów. Chory zmarł. Przeistoczenie poliglobulii w niedokrwistość może powstać samoistnie bez uprzedniego napromieniania rentgenowskiego i bez splenektomii. Tego rodzaju przypadek opisał Dustin. Liczba czerw. ciałek krwi spadła z 7 do 3 milionów. Po zastosowaniu żelaza w dużych dawkach, nastąpiło polepszenie (*Le Sang*. 1936. Nr 4. Str. 517).

Czy operacja u naszego chorego była wskazana? Wycięcie pozimniczego guza śledziony daje w ogóle dobre wyniki. Emile-Veil opisał w 1934 r. trzy przypadki wyłuszczenia pozimniczych splenomegalii. Wszyscy trzej chorzy wrócili do zupełnego zdrowia (*Bullet. et Mémoires de la Societé méd. de hôp. de Paris*. 1934. Nr 12). Ujemny wynik splenektomii u naszego chorego należy chyba kłaść na karb towarzyszącej poliglobulii, która świadczyła o poważnych zaburzeniach w układzie krwiotwórczym.

Wnioski

1. Splenomegalia na tle przebytej zimnicy może przebiegać z poliglobulią.
2. Poliglobulia budzi zastrzeżenia co do celowości wycięcia pozimniczej splenomegalii.

Dr Emil WISCHNOWITZER Kraków

Znaczenie owłosienia w diagnostyce chorób wewnętrznych

Owłosienie człowieka składa się z tzw. owłosienia terminalnego i meszku. Owłosienie człowieka jest w wysokim stopniu zależne od klimatu, miejscowości i od rasy. Meszek jest zwykle słabo rozwinięty, ledwie widoczny. Czasem jednak włosy, tworzące meszek, są większe i wtedy są bardzo dobrze widoczne i świadczą o mniejszej wartościowości lub mniejszej oporności przeciwchorobowej danych osobników. U chorych na gruźlicę płuc, zwłaszcza włóknistą lub też włóknisto-serowatą spotykamy bardzo często wybitnie silnie rozwinięte owłosienie meszkowe na skórze pleców, zwłaszcza w okolicy międzyłopatkowej. Znajomość tego pozwala nam niejednokrotnie postawić na pierwszy rzut oka dobre rozpoznanie. Wyraźnie rozwinięty meszek w okolicy krzyżowej, pozwala przypuszczać istnienie *spina bifida occulta* kości krzyżowej, co tłumaczy cały szereg dolegliwości, bólów tej okolicy, czy moczenia nocnego. Z przodu klatki piersiowej spotykamy nieraz kępkę włosów jako równoważnik szczątkowej brodawki sutkowej. Skóra tułowia ludzi chorych na marskość wątroby jest w niektórych okolicach gładka, pozbawiona owłosienia.

Owłosienie terminalne ma znacznie większe znaczenie diagnostyczne od meszku. Rodzaj tego owłosienia odgrywa wielką rolę i tak jak uczy doświadczenie, są kobiety z wybitnie silnie rozwiniętym owłosieniem okolicy pach i sromu skłonne do stanów neurastenicznych lub też są obarczone, jak wykazuje dokładne badanie, schorzeniem jednego z gruczołów dokrewnych. Często pojawia się u kobiet niezwykle silne owłosienie na kończynach dolnych, zwłaszcza u brunetek bez względu na ich rasową przynależność. Niejednokrotnie pojawia się u kobiet męski, a u mężczyzn kobiecy typ owłosienia. Kobiecy typ owłosienia u mężczyzn jest uważany za objaw mniejszej wartościowości, znajdujemy go szczególnie często u chorych z marskością wątroby i przewlekłymi chorobami zakaźnymi.

Owłosienie głowy zachowuje się w ogóle inaczej, niż owłosienie brwi, brody, pach i owłosienie narządów płciowych. To się uwydatnia w różnym zabarwieniu tego owłosienia. Bardzo silny wpływ na owłosienie terminalne wywierają gruczoły dokrewne. I tak przy chorobie Cushinga przychodzi do nadmiernego rozwoju owłosienia *(hypertrichosis)*. Przy nadczynności tarczycy jako też przy schorzeniach przysadki mózgowej pojawia się przerzedzenie lub wypadanie włosów. Również przy schorzeniach międzymózgowia występuje nadmierne wypadanie włosów. Przy zatruciu talem jest wypadanie włosów jednym z typowych objawów. W przebiegu schorzeń przysadki mózgowej przy przewlekłych zatruciach i przewlekłych chorobach zakaźnych obserwujemy często wypadanie włosów w zewnętrznych częściach brwi.

Neumann podnosi ujemne znaczenie prognostyczne, jakie ma niejednokrotnie spotykana u chorych z gruźlicą płuc, różnica zabarwienia owłosienia na *mons veneris* i owłosienia ciągnącego się stąd ku górze do pępka. Inni autorzy przypisują podobne znaczenie różnicy zabarwienia włosów okolicy *mons veneris* i pach.

Ludzie o jasnym owłosieniu, zwłaszcza rudym, łatwiej zapadają na choroby zakaźne, przy czym przebieg tych chorób jest u nich bardziej ciężki, jak u osobników o ciemnym owłosieniu, którzy są w ogóle bardziej odporni na choroby zakaźne. Osobnicy o ciemnym owłosieniu, jak uczy doświadczenie, chorują częściej na nowotwory złośliwe. Schridder podnosi znaczenie rozpoznawcze istnienia zupełnie czarnych włosów wśród siwego owłosienia głowy dla rozpoznania nowotworów złośliwych. Powyższa obserwacja sprawdza się często. Niejednokrotnie spostrzega się, że u osobników o siwym owłosieniu, ze stwierdzonym zresztą nowotworem złośliwym, nagle wyrastają zupełnie czarne włosy. Doświadczenie lekarskie uczy też, że choroba Addisona prawie nigdy nie pojawia się u osobników o ciemnym owłosieniu, co ma naturalnie bardzo wielkie znaczenie diagnostyczne.

Silne owłosienie ogólne jest przeważnie połączone z neuropatycznym usposobieniem danych osobników. Owłosienie cienkie, łamliwe, dające się łatwo wyrwać, ma ujemne znaczenie w rokowaniu.

Niejednokrotnie obserwujemy nagłe występowanie siwienia włosów, czyli utratę ich barwika. W niektórych rodzinach jest wczesne siwienie włosów cechą dziedziczną. Nagle natomiast pojawiające się siwienie, przeważnie miejscowe, stoi w związku z przebytymi ciężkimi urazami psychicznymi lub fizycznymi. U chorych z nadczynnością tarczycy przychodzi nieraz do nagłego siwienia, również w przebiegu długotrwałych chorób zakaźnych, przewlekłych zatruć i schorzeń gruczołów dokrewnych występuje siwienie włosów. Niejednokrotnie siwienie obejmuje tylko pewne okolice, odpowiadające zaopatrzeniu przez nerwy i świadczą wtedy o przebytym zapaleniu nerwu.

Jak więc widzimy, jesteśmy w stanie na podstawie obserwacji owłosienia wysnuć pewne wskazówki diagnostyczne, które są niejednokrotnie bardzo cenne.

BIBLIOGRAFIA

Artykuły oryginalne w czasopismach

Piśmiennictwo polskie

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 13. 1938. Orłowski W.: Gruźlica płuc a wiek. — Glass B.: Z kazuistyki gruźlicy. — Dawidowicz M., Szyfman L. i Wajnsztok J.: Zmiany elektrokardiograficzne u chorych na gruźlicę płuc, leczonych odmą sztuczną. — Morawski M.: O leczeniu Neuraldenem schorzeń gośćcowych. — Anigstein L.: Pryszczyca (choroba pyska i racic).

Nowiny Lekarskie. Z. 7. 1938. Maciejewski A.: Postawa dziecka a szkoła. — Dega W.: Orzecznictwo inwalidzkie w przewlekłych schorzeniach narządów ruchu. — Jankowiak A.: Kręcz karku mięśniowy — jego istota i leczenie.

Gazeta Lekarska Śląska Polskiego. Z. 2. 1938. Scriptor: Z dziejów wiedzy o pylicy. — Polski A.: Próba Goiffon'a i jej znaczenie terapeutyczne w dychawicy oskrzelowej i w rozległym nieżycie oskrzeli. — Burzyk G.: Wole w Cieszyńskim.

Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. T. XVI. Z. 1. 1938. Apfelbaum E. i Chodkowska S.: O patogenezie zespołów dokrewnych w chorobie Cushinga. — Biernacki A.: Badania składu morfologicznego szpiku kostnego w rozmazach bezpośrednich i przy nakłuciu zażyciowym. — Burak M.: Wartość kliniczna 4. i 5. odprowadzenia w rozpoznawaniu oraz określeniu umiejscowienia zawałów mięśnia serca. — Fliederbaum J.: Badania doświadczalne roli śledziony jako zbiornika i jako gruczołu dokrewnego w gospodarce wodnej. — Glatzel J.: Leczenie niewydolności serca i dusznicy bolesnej całkowitym wycięciem tarczycy. — Krajewski Fr.: Działanie ciechocińskich wód mineralnych na wydzielanie błony śluzowej żołądka.

Pediatria Polska. T. XVIII. Nr 3. 1938. Woringer P.: Wnioski wypływające z badań dotyczących alergii niemowląt. — Prokopowicz-Wierzbowska M.: Spostrzeżenia epidemiologiczne w endemii płonicy. — Kołodziejska Z.: Współczesne poglądy na istotę i działanie witamin. — Baumritter P.: Zasady leczenia cukrzycy.

Polska Stomatologia oraz Przegląd Dentystyczny. Nr 4. 1938. Cieszyński A.: Zapalenie szczątkowej miazgi. — Pietrzycki I.: Prosty sposób załączania elektrody przy jonoforezie. — Drzewicki S.: Teoria dziedziczności i jej znaczenie. — Czortkower S.: Dziedziczność jako czynnik powstawania typów antropologicznych i konstytucjonalnych ze stanowiska stomatologicznego.

Chirurg Polski. Nr 3. 1938. Laufer F.: Leczenie obustronnej kamicy moczowej. — Szenicer S.: O rzadszych umiejscowieniach ropnego zapalenia gruczołów chłonnych kończyny dolnej.

Wiadomości Lekarskie. Nr 4. 1938. Landau H.: Jeszcze w sprawie umów lekarzy z ubezpieczalniami społecznymi. — Brams M.: Projekt organizacji lekarza fabrycznego.

Kosmos. R. LXIII. Z. I. 1938. Seria A. Rozprawy.

Życie Młodych. Nr 3—4. 1938.

Czasopismo Towarzystwa Aptekarskiego we Lwowie. Nr 4. 1938.

Medycyna i Przyroda. Nr 4. 1938.

OCENY

E. Merck's Jahresbericht über Neuerungen auf den Gebieten der Pharmakotherapie und Pharmazie. 50 Jahrgang.

Jak każdego roku, wydana została książka, licząca tym razem 430 stron druku, w której sprawozdania o nowych lekach zajmują przeważające miejsce, bo 260 stron druku. Znajdzie w nich czytelnik krótkie sprawozdanie o bardzo licznych związkach, bądź nowo wytworzonych, bądź znanych, z podaniem piśmiennictwa, najważniejszych cech chemicznych i dawkowania. Szczególną uwagę poświęcono witaminom i hormonom, ale z niemniejszą starannością opisane są przetwory, dotyczące wapnia lub węgla zwierzęcego. Spis wskazań i spis przetworów w porządku alfabetycznym ułatwia poszukiwanie poszczególnych wyrobów. Zbyteczne było by dodawać, że niektóre z opisów są krótkimi rozprawkami naukowymi i pozwalają na dokładne poznajomienie się z wytworem i dotyczącym go piśmiennictwem.

Prace doświadczalne, pochodzące z pracowni E. Mercka zajmują 120 stronnic druku i dotyczą nie tylko działania niektórych leków, jak sporyszu lub sparteiny, ale i sposobów badania i wytwarzania leków.

Poza tym znajdujemy krótkie artykuły uczonych tej miary, co Abderhalden, Windaus, Rominger, Schittenhelm, Fr. v. Müller, Euler, którzy swą współpracą dają świadectwo uznania dla tej sławnej wytwórni. Wreszcie czterdzieści kilka stronnic zajmują pochlebne wzmianki, pochodzące ze wszystkich niemal klinik świata.

Cały ten tom jubileuszowy świadczy godnie o zasługach wytwórni, której firma poświęca wstęp i krótki rys historyczny z przytoczeniem broszurki, wydanej przed 50 laty z okazji 59 Zjazdu Przyrodników i Lekarzy Niemieckich w Berlinie w roku 1886 od 18 do 24 września. *W. Moraczewski* (Lwów).

Diagnostyka i terapia krwawień okresowych z macicy. M. MILLER. (Monografie Lekarskie. Wyd. Lek. „Eskulap" i Sp. T. IV. Z. 2. 388, 1937).

Autor porusza interesujące zagadnienie, mianowicie sprawę krwawień okresowych z macicy. Przyczyny tych krwawień mogą być bardzo różnorodne i lekarz praktyk nie zawsze może sobie zdać sprawę, z jakim krwawieniem ma w danym przypadku do czynienia. Praca niniejsza ma na celu ułatwienie lekarzowi tego zadania i przez właściwe rozpoznanie nadanie prawidłowego kierunku leczenia. Prócz podstaw anatomo-fizjologicznych z zakresu krwawień miesięcznych, autor omawia wydzielanie wewnętrzne jajnika i przysadki mózgowej oraz stosunek wzajemny między jajnikiem a innymi gruczołami dokrewnymi. W końcu przechodzi do poszczególnych przyczyn, mogących wywołać krwawienie, do ich diagnostyki różniczkowej i leczenia, uwzględniając przy tym ostatnie zdobycze wiedzy z zakresu hormonoterapii.

H. Newlińska (Lwów).

Co mówi oblicze ludzkie (Die Sprache des menschlichen Antlitzes). F. LANGE. Monachium 1937, J. F. Lehmanna wyd. Cena: 6 Mk.

Nie tylko dla lekarza, ale dla każdego, który dużo z ludźmi obcuje, posiada znajomość fizjognomiki pewną wartość; przede wszystkim pozbawia słuszności zdanie, jakoby to było wyłącznie „sztuką", którą lekarz starszego typu różnił się od swego młodszego kolegi, wykazuje, że kontakt psychiczny z chorym, tak bardzo nam potrzebny, polega nie tylko na intuicji. Z chwilą, gdy fizjognomika staje się nauką o ścisłych podstawach, kiedy staje się umiejętnością, której można się nauczyć, sprawa jest o wiele prostsza. Warunkiem dla tych, którzy się tą nauką zajmą, jest dar spostrzegania i zdrowy krytycyzm. Poza tym potrzebna jest znajomość dzieł sztuki wszelkich epok. Malarstwo bowiem i rzeźbiarstwo stwarzają właśnie „wzory", na których adepci tej młodej nauki mogą się kształcić w ocenie ludzkiej twarzy. Warunki te posiada w wysokiej mierze autor, który jest kierownikiem Kliniki Ortopedycznej i w długiej swej praktyce miał możność studiować wiele tysięcy ludzi. Chcąc przystąpić do rozbioru wyrazu ludzkiej twarzy, autor omawia najpierw kilka teorii, przejętych od dawnych autorów i utrudniających rzeczowe oceny. Do tych teorii należą rzekome znaki „myślicieli", jak czoło wysokie, fałdy „myślicielskie" i i. Kolejno zajmuje się znaczeniem dziedziczności w budowie twarzy, wpływami, które działają na twarz w ciągu życia: otoczenie, zawód, język macierzysty, choroby i wiele innych czynników. W wywodach autora nie brak ostrej krytyki współczesnej kosmetyki kobiecej, która z twarzy ludzkiej, z tego wartościowego zwierciadła duszy, zrobiła pole popisu dla malarzy-lakierników. Dla każdego, który instynktownie odczuwał śmieszność tych sztucznych zmian, lektura tych ustępów jest bardzo interesująca; autor analizuje te zniekształcenia twarzy kobiecej na podstawie znanych dzieł sztuki.

Do najbardziej zajmujących rozdziałów pracy należy analiza fizjognomii znanych postaci historycznych oraz badanie porównawcze portretów jednej i tej samej osoby z różnych okresów jej życia.

Referent starał się oceniać twarze swoich chorych na podstawie prawideł, podanych przez autora i miał w ostatnich tygodniach często możność stwierdzenia słuszności jego teorii. Książka prof. Langego jest nadzwyczaj starannie wydana, bogato ilustrowana i godna polecenia jako lektura dla tych wszystkich, którym zależy na zapoznaniu się z naturą ludzką.

Obständer (Bielsko).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Patologia

Pierwotne zakażenie gruźlicą w wojsku. F. MEERSSEMAN. Rev. de la Tuberculose. Nr 9. 3. 1089. 1937.

Zasługą autorów francuskich (głównie Troisier i Bariéty oraz Courcoux i Alibert) jest ważne spostrzeżenie, że pierwotne zakażenie gruźlicze przebiega u dorosłych nie tylko pod postacią klasycznego zespołu płucno-gruczołowego, lecz często jako tyfo-bacilloza z rumieniem guzowatym, jako wysiękowe zapalenie opłucnej lub wreszcie pod postaciami zupełnie podobnymi do gruźlicy osobników alergicznych. Wprowadzenie w armii francuskiej masowych odczynów tuberkulinowych i prześwietlań rentgenowskich pozwoliło na uchwycenie licznych przypadków pierwotnego zakażenia gruźliczego u dorosłych. Klinicznie obser-

wował autor 15 przypadków, w tym 12 klasycznych zespołów płucno-gruczołowych, z nieregularnymi zwyżkami ciepłoty i bardzo częstym równoczesnym powiększeniem gruczołów szyjnych tej samej strony. Prócz tego obserwował: rumień guzowaty z krótkim okresem wysokiej gorączki, ostrą prosówkę, postać septyczną bez umiejscowienia klinicznego ani radiologicznego, itp. Przebieg kliniczny w większości tych przypadków był łagodny i krótkotrwały.

Odczyny tuberkulinowe wykonał autor u 2.000 żołnierzy, z czego około połowę stanowili poborowi pochodzący z francuskiej Afryki północnej (lecz rasy białej). Odsetek odczynów ujemnych wynosił przy wcieleniu: do 30% u europejczyków, a około 15% u żołnierzy afrykańskich. Po sześciu miesiącach służby pojawiał się dodatni odczyn u 18 do 24% uprzednio niezakażonych europejczyków i u 32% afrykańczyków. Liczby te przemawiają za większą wrażliwością ostatnich wobec zakażenia gruźliczego. Autor porównuje swoje wyniki z wynikami badań podobnych, przeprowadzonych na studentach medycyny i pielęgniarkach, którzy w sześć miesięcy po rozpoczęciu pracy wykazują ponad 90% odczynów dodatnich. Świadczy to o małej sposobności do zakażenia się w armii francuskiej, od czasu wprowadzenia ścisłych i seriowych badań oraz odosobnienia chorych. O tym, że zakażenie żołnierzy jest przygodne i skąpo-bacylarne, świadczy także fakt, iż niemal u wszystkich tych, których odczyn z ujemnego przeszedł w dodatni, nie wykazuje się ani klinicznych, ani rentgenologicznych zmian. Tak więc u dorosłego, podobnie jak u dziecka, masywność zakażenia i jego częstość odgrywają pierwszorzędną rolę; u studentów medycyny i pielęgniarek zakażenie pierwotne jest częste (ponad 90%) i klinicznie jawne, u żołnierzy jest ono rzadkie (do 32%) i klinicznie bezobjawowe. *T. Kielanowski* (Lwów).

Ciśnienie opłucnowe w przebiegu odmy sztucznej i jego wahania zależne od zmiany położenia ciała. C. SPEZZAFUMO. Rev. de la Tuberc. 3, 10, 1152, 1937.

Badania Parodi'ego wykazały, że ciśnienie w jamie opłucnowej, wypełnionej powietrzem zależy nie tylko od ruchów oddechowych (depresje dynamiczne), lecz również od ciężkości płuca, śródpiersia, wątroby itp. (depresje statyczne). W związku z tym ulega ono wahaniu zależnie od punktu zawieszenia ciężkości płuca; inne jest więc w pozycji leżącej, inne w stojącej itd. Autor pracy niniejszej potwierdza spostrzeżenie Parodi'ego na podstawie badań własnych, dochodząc do wniosku praktycznego, że dopełnianie odmy i mierzenie ciśnienia opłucnowego winno odbywać się w innej pozycji u chorych leżących (pozycja leżenia na plecach), w innej zaś u chorych spędzających większość dnia w pozycji stojącej (leżenie w pozycji pośredniej pomiędzy leżeniem na plecach a leżeniem na boku).

T. Kielanowski (Lwów).

Hydroa vacciniformis z porfirynurią wielkiego stopnia. WANDELBERGER. Klin. Wschr. Nr 48. S. 1699. 1937.

U kobiety 69-letniej występują od 4 lat po kąpieli słonecznej: bóle głowy, nudności, wymioty, suchość i napięcie skóry, skłonność do pęcherzy i wypadanie włosów. Mocz wybitnie ciemno-czerwony zawiera wiele porfiryny. Była to *„hydroa vacciniformis"*, jednostka chorobowa pokrewna porfirynurii. Leczenie insuliną, cukrem gronowym, zastrzykami Campolonu i podawaniem surowej wątroby doprowadziło w krótkim czasie do całkowitego usunięcia porfiryny w moczu, oddzielenia się strupków i zupełnego wygojenia zmian skórnych.

F. Garwicz (Warszawa).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce

O działaniu witaminy A na cholesterynę w surowicy człowieka. F. LASCH. Klin. Woch. Nr 43. Str. 1534. 1934.

Witamina A, podawana w postaci Voganu (E. Merck, Darmstadt i „Bayer", Leverkusen n. R.) w dawkach dziennych 3 razy po 40.000 do 3 razy po 80.000 jednostek szczurzych, zwiększa u człowieka przemianę cholesterynową po 3—10 dniach. Zwiększa się przede wszystkim ilość estrów cholesterynowych. Świadczy to o bezpośrednim działaniu na wątrobę, regulującym przemianę cholesterynową. *J. Bader* (Warszawa).

Przyczynek do chryzoterapii doopłucnowej. P. LAFOSSE. Revue de la Tuberculose. T. 3. Nr 3. S. 335. 1937.

Autor przedstawia dwa przypadki gruźlicy płuc, leczone na sposób podany przez Kindberga i Nestera doopłucnowym stosowaniem soli złota. Wstrzykiwano do jamy opłucnowej przy każdorazowej insuflacji odmowej od 0.05 do 0.1 Myochrysiny w roztworze wodnym i obserwowano w wyniku takiego sposobu leczenia szybkie zagojenie się jam znacznych rozmiarów oraz zupełne „odprątkowanie" plwociny. Przy końcu autor podkreśla, że samym tylko leczeniem odmowym i sanatoryjnym nie mógłby w obu przypadkach ciężkiej gruźlicy jamistej płuc uzyskać tak szybko poprawy klinicznej. *W. S. Hołobut* (Warszawa).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia

Opieka nad matką a zdrowie dziedziczne. H. SCHWALM Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 102. Z. 1—2.

Nowe prądy w medycynie socjalnej niemieckiej stawiają specjalne zadania przede wszystkim ginekologom. W coraz większej ilości otwierane poradnie dla ciężarnych mają obecnie znacznie szerszy zakres działania, niż przedtem. Już nie chodzi tylko o poradę ściśle lekarską, ale poradniom tym powinien przyświecać i inny, znacznie ważniejszy cel, a mianowicie wykrywania rodzin dziedzicznie obciążonych. W tym celu nie wystarcza zbadanie stanu zgłaszających się ciężarnych, ale należy przeprowadzać ścisły wywiad co do zdrowia i charakteru chorób bliższych a nawet dalszych krewnych. Udzielanie subwencji ściśle jest uzależnione od tego, czy ciężarna może dać gwarancję przysporzenia społeczeństwu jednostek zdrowych. Taką gwarancję dać może tylko rodzina dziedzicznie nieobciążona. Na 500 ciężarnych poradni autora, tylko 4 osoby, zgodnie z brzmieniem ustawy, podlegały przymusowemu wyjałowieniu. U 23 natomiast dziedzicznie obciążonych ze względu na to, że nie zdradzały żadnych objawów chorobowych nie zachodził przymus prawny sterylizacji. Autor słusznie sądzi, że właśnie te pozornie zdrowe ciężarne silnie obciążone dziedzicznie, z punktu widzenia dziedziczenia chorób psychicznych są szczególnie niebezpieczne, jako przenosicielki chorób umysłowych. I dlatego uważa, że lekarz takie rodziny nie tylko może, ale nawet ma obowiązek nakłaniać do dobrowolnej rezygnacji z potomstwa, udzielając porad co do stosowania środków zapobiegających ciąży.

J. Lenczowski (Lwów).

Czy normalna kwasica w ciąży jest pochodzenia ketonowego? H. ROSSENBECK. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 102. Z. 3.

W uzupełnieniu swego, już dawniej wypowiedzianego zapatrywania co do teorii Bokelmana w sprawie roli ciał ketonowych w powstawaniu kwasicy w ciąży, podaje autor wyniki własnych badań, dotyczących tej sprawy. W tym celu przeprowadził autor oznaczanie zawartości w surowicy krwi ciężarnych jako też i nieciężarnych ciał ketonowych (sposobem Pincussena), kwasu mlekowego (sposobem Fuchsa), soli sodowych (sposobem Grabara, i rezerwy alkalicznej (sposobem van Slyke'a). Otóż badania te wykazały, że między wysokością ciał ketonowych, a ogólną kwasicą nie ma związku ilościowego, przeto nie da się stwierdzić zależności kwasoty ciężarnej od obecności ketonów. Również nie mógł autor stwierdzić uzależnienia kwasoty od obniżenia zasad we krwi. Tym samym sprawa kwasicy w ciąży pozostaje nadal kwestią niewyjaśnioną. *J. Lenczowski* (Lwów).

Badania przeciętnego czasu trwania porodu u pierwiastek, rodzących po raz drugi i wieloródek z uwzględnieniem wieku rodzących. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 102. Z. 1—2.

Autor przytacza statystykę, opartą na 10.000 porodów Uwzględniono tylko porody samoistne płodów żywych, wagi od 2.500 do 3.500 g. Porody w położeniach czaszkowych, miednica prawidłowa. W rozwagę wchodziły tylko obliczenia pierwszego i drugiego okresu porodowego. Za początek porodu przyjmowano czynnik wystąpienia regularnych skurczów macicy, za początek drugiego okresu czynnik pojawienia się pierwszego bólu partego. U pierwiastek najdłużej poród trwał w wieku między 30 a 35 lat (17 godzin I okres, 2.5 godziny II okres). Pierwiastki powyżej 40 lat rodziły tak, jak młode. Najkrócej jednak poród trwał u pierwiastek poniżej 20 lat. W ogóle czas trwania u pierwiastek wynosił przeciętnie 13 godzin 10 minut, u rodzących po raz drugi 8 godzin 34 minuty, u wieloródek 8 godzin 33 min

J. Lenczowski (Lwów).

106 przypadków zakażeń połogowych leczonych Sulfamidem i Prontosilem. L. COLEBROOK, A. W. PURDIE i członkowie Honorary Staff of Queen Charlotte's Hospital, London. Lancet 1937 Nr 5961. S. 1237 i Nr 5962. S. 1291.

W 106 przypadkach zakażenia połogowego (100 razy wyhodowany paciorkowiec hemolityczny, 3 razy paciorkowce beztlenowe i 3 razy gronkowce) podawali autorzy sulfamid doustnie. Przebieg był podobny, jak w 64 przypadkach poprzednio leczonych Prontosilem w zastrzykach i doustnie, jednakowoż cofanie się objawów zakażenia (ciepłota itd.) było znacznie powolniejsze Na 100 przypadków zakażenia z obecnością paciorkowca hemolitycznego we krwi zmarło 8.8%, podczas gdy śmiertelność po podawaniu Prontosilu wynosiła 4.7%. U 200 chorych w sumie, le-

czonych w 170 przypadkach Prontosilem lub Sulfamidem wynosiła śmiertelność 5.5% w porównaniu z 22.8% śmiertelności w latach 1931—1935 przed wprowadzeniem Prontosilu. Średnia ilość dni szpitalnych u wyżej wspomnianych chorych wynosiła 19.7 dnia, a przed użyciem Prontosilu 31.3 dnia. Na 100 przypadków leczonych Sulfamidem zaobserwowali autorzy powtórny kilkudniowy skok ciepłoty (*Drug fever*) po poprzednim okresie bezgorączkowym w 29.3% przypadków, u leczonych Prontosilem w 24%, a w okresie przedprontosilowym w 37% przypadków. Sinicę rozmaitego stopnia zaobserwowano u 58 chorych, przeważnie z meta- albo sulfhemoglobinemią, aczkolwiek zupełnie odstawiono dowóz połączeń siarkowych, innych środków przeczyszczających i unikano zaparcia. Po Prontosilu wystąpiła sinica tylko w 3 przypadkach. W grupie leczonych Sulfamidem występowały poza tym, aczkolwiek znacznie rzadziej, inne objawy toksyczności, jak: osłabienie, depresja, bóle i zawroty głowy, zaburzenia wzrokowe, zaburzenia czuciowe nerwów obwodowych, bóle stawów, żółtaczka lekkiego stopnia i przemijające zmiany na skórze, natomiast nigdy nie zaobserwowali podanej przez Schwentkera odrowej wysypki na skórze z wysoką gorączka ani objawów agranulocytozy. Największa dawka sulfamidu w jednym dniu wynosiła 34 g (w jednym przypadku), poza tym wahała się między 9—15 g. Autorzy nie mogli na podstawie badań klinicznych i doświadczeń na zwierzętach stwierdzić, czy sulfamid działa na paciorkowce grupy A, czy grupy B., C., D., E., F., G. Nie zaobserwowali wpływu na prątek okrężnicy, paciorkowce zielone i tlenowe nie hemolizujące, natomiast bakteriobójczy dla gronkowców. *F. Garwicz* (Warszawa).

Higiena i medycyna społeczna

Wytyczne leczenia kiły u marynarzy w ośrodkach leczniczych portów morskich. Reichs-Gesundheitsblatt, Nr 5. 1937.

Twierdzono powszechnie, że leczenie kiły u marynarzy zarówno w I, jak i II okresie jest nieregularne, z powodu niemożności zatrzymywania się ich przez dłuższy czas na lądzie. Zazwyczaj marynarze pozostają na lądzie do czasu zniknięcia zewnętrznych objawów choroby, a potem muszą leczyć się dalej w rozmaitych portach. Poglądy co do metod leczenia kiły w początkowym okresie są rozmaite i marynarz leczony jest w odwiedzanych przez siebie portach, wg rozmaitych metod. Każda z nich okazałaby się skuteczna, gdyby mogła być doprowadzona do końca, ale błądzący z portu do portu marynarz leczony jest z przerwami, a więc leczenie nie może dać pozytywnego wyniku.

W przebiegu ankiety, dotyczącej zastosowania układu brukselskiego, wyrażone zostało życzenie przez licznych lekarzy, przez kliniki, ośrodki leczenia chorych wenerycznie i ośrodki portów morskich licznych krajów wobec Międzynarodowego Urzędu Zdrowia, wspólnego porozumienia co do leczenia marynarzy, które winno być przeprowadzone wg pewnych wytycznych. Międzynarodowy Urząd Zdrowia zdawał sobie sprawę, iż każdy zamiar ujednostajnienia metod leczenia kiły podniesie zarzut, iż taka standaryzacja zaszkodzi inicjatywie lekarza praktykującego. Nie chodzi tutaj o zmuszenie lekarza do leczenia wg jakiegoś schematu, bez uwzględnienia przy tym stanu chorego, szczególnych okoliczności, przebiegu choroby itd. Zalecanie pewnych metod leczenia powinno raczej tylko umożliwić uzgodnienie zarządzeń leczniczych lekarza ośrodka portowego z zarządzeniami lekarza poprzedniego lub przyszłego ośrodka leczniczego.

Ustanowiona przez Biuro Higieny Ligi Narodów Komisja rzeczoznawców, dla spraw związanych z leczeniem kiły, ukończyła niedawno dokładne studium co do wyników leczenia 13.000 przypadków kiły z 93 klinik, znajdujących się na terenie 5 miast. W wyniku swej pracy, zaproponowała ona 2 metody leczenia kiły, mianowicie: pierwsza dla leczenia z przerwami i druga dla leczenia ciągłego, których skuteczność została zapewniona przez wyniki serologiczne i kliniczne. Przy tych metodach leczenia chodzi o leczenie kombinowane, które polega na równoczesnym lub zmiennym stosowaniu z jednej strony arsenobenzolu i bizmutu lub z drugiej preparatów rtęci. Wytyczne dla tych metod podane są poniżej.

Przede wszystkim ważne jest, aby chory na kiłę marynarz podał lekarzowi przypuszczalną datę wejścia na statek oraz następne przystanie, jak również, czy statek posiada na pokładzie lekarza okrętowego.

Jeżeli chory może raz w tygodniu zgłosić się do ośrodka leczniczego lub znajduje się na pokładzie statku, który posiada lekarza, wtedy wstrzyknięcie rtęci i preparatów bizmutowych nie przedstawia trudności. W tym wypadku lekarz pierwszej portowej placówki leczniczej zaznaczyłby w zeszycie marynarza wybraną przez siebie metodę leczenia, określając cyfrą I — leczenie wg metody przerywanej i cyfrą II — wg metody ciągłej. Tak więc przy każdej wizycie marynarza odnotowuje się w jego zeszycie rodzaj i ilość stosowanych środków lekarskich. Przy zameldowaniu marynarza, iż nie może on nadal regularnie przychodzić na wizyty lekarskie, poucza go lekarz, kiedy ma się zgłosić do ośrodka leczniczego innego portu.

Chociaż okres czasu pomiędzy odwiedzaniem placówek leczniczych wynosi więcej niż tydzień i nie mogą być stosowane na pokładzie obydwa środki lecznicze (salwarsan i bizmut lub rtęć), jednakże możliwe jest stosowanie zalecanych metod leczenia, jako podstawy w rozmaitych przypadkach. Np.: lekarz pierwszej placówki leczniczej wybrał metodę leczenia z przerwami wg schematu I, a marynarz zostaje 3 tygodnie na lądzie i podczas tego okresu leczony jest wg tej metody, ze względu jednak na krótki okres pobytu, zwiększa mu lekarz dawki lekarstw.

Kiedy chory oświadczy, że po 3 tygodniach leczenia wsiądzie na statek i celem kontynuowania leczenia, po upływie 3 tygodni znowu może stawić się na lądzie, wtedy lekarz stosuje taki plan leczenia, w którym chory pozostaje do końca 6 tygodni pod działaniem środków leczniczych. W razie, gdy okręt posiada lekarza, który może zastosować wstrzyknięcie bizmutu a nie salwarsanu, zaznacza się w zeszycie marynarza, iż chory musi otrzymać wstrzyknięcie bizmutu i że można mu dać do wewnątrz 5-wartościowy preparat arsenu.

Gdy lekarz nie jest pewny, czy mogą być zastosowane na pokładzie wstrzykiwania, wydaje wówczas takie zarządzenia, jak gdyby one były niemożliwe. Ważnym jest, aby w zeszycie marynarza odnotowywany był rodzaj leczenia między zjawieniem się jego w ostatnim i następnym ośrodku portowym.

Jeśli chory na początku 7 tygodnia zgłosił się do wizyty lekarskiej w nowej placówce leczniczej na lądzie, ordynujący tutaj lekarz musi zastosować się do metody leczenia, obranej przez lekarza pierwszego ośrodka i stosować wstrzykiwania przewidziane dla 7 i 8 tygodnia. Przy opuszczaniu lądu przez marynarza, lekarz, w miarę możności, zarządza leczenie bizmutem lub rtęcią, jak również 5-wartościowym preparatem arsenu do wewnątrz, dla dalszego prowadzenia leczenia aż do czasu, kiedy chory będzie mógł zgłosić się z wizytą lekarską do 3 ośrodka leczniczego na lądzie.

Kiedy w okresie między wizytą lekarską drugiego i trzeciego ośrodka leczniczego nastąpiła przerwa 3 tygodni, to przerwa ta będzie odpowiadała 8, 9 i 10 tygodniowi leczenia. W tym wypadku lekarz 3 ośrodka musiałby zastosować takie zastrzyki które zakończyłyby pierwsze leczenie. Wtedy, uwzględniając długi okres czasu, ubiegły od 4 tygodnia, podczas którego nie były stosowane wstrzykiwania salwarsanu, ustala lekarz datę dla zapoczątkowania drugiej serii wstrzykiwań.

Można zatem przypuszczać, iż przy stosowaniu powyższych zasad leczenie kiły u marynarzy marynarki handlowej, dzięki współpracy między lekarzami poszczególnych placówek leczniczych, okaże się skuteczniejsze niż dotychczas.

Schemat dla leczenia kiły.

Co do wyboru metody leczenia kiły przerywanej czy ciągłej, decyduje badanie kliniczne. W przypadkach wczesnej kiły, stosowanie obydwóch metod daje wyniki pozytywne.

Ważnym jest, aby chory w czasie leczenia poddany był stale ściślej kontroli klinicznej, przede wszystkim, jeśli chodzi o chorobę wątroby, nerek, błony śluzowej itd.

Dla samego leczenia miarodajne są następujące zasady:

a) przy każdym zabiegu winny być podawane stosunkowo duże dawki salwarsanu, bizmutu lub preparatu rtęci,

b) chory winien pozostawać ciągle pod działaniem środków lekarskich; należy unikać przerw, które prowadzą do rozmnożenia się krętka bladego,

c) należy leczyć energicznie zarówno przypadki kiły pierwszo- jak i drugorzędnej.

Plan leczenia I. (Leczenie z przerwami).

Dla dorosłych, o średniej wadze ciała, poniżej 50 lat, dla których nie ma jakichkolwiek przeciwwskazań, zaleca się leczenie wg następującego schematu:

Tydzień	Neosalvarsan w g	Salvarsan w g	Nierozpuszczalne związki bizmutu **) ilość bizmutu metalicznego w gramach
1	0,6—0,75 *)	0,4—0,5	0,20—0,24
2	0,6—0,75	0,4—0,5	0,20—0,24
3	0,6—0,75	0,4—0,5	0,20—0,24
4	0,6—0,75	0,4—0,5	0,20—0,24
5	0,6—0,75	0,4—0,5	0,20—0,24
6	0,6—0,75	0,4—0,5	0,20—0,24
7	0,6—0,75	0,4—0,5	0,20—0,24
8	0,6—0,75	0,4—0,5	0,20—0,24
9			0,20—0,24
10			0,20—0,24

Następują badania serologiczne.

*) Na początku tego leczenia dają niektórzy lekarze najwyższą ilość tygodniowo (0,6 do 0,75 g) w zastrzyku, inni zaś dzielą tę dawkę w pierwszym tygodniu na 2 dawki (np. 0,3 do 0,45 g).

**) Pod nazwą bizmutu nierozpuszczalnego rozumie się związki trudno rozpuszczalne w wodzie, które muszą być stosowane w postaci zawiesiny (bismutoxychlorid, jod-bizmut-chinin.).

Dawkowanie wszystkich związków bizmutu musi być obliczone wg zawartości w nich bizmutu metalicznego. Zamiast leczenia bizmutem może być przeprowadzone leczenie rtęcią albo w postaci wcierań (40 dni po 3 g maści rtęciowej) lub w postaci wstrzykiwań (0,07 g calomelu lub 0,12 salicylatu rtęci itd. w odpowiedniej zawiesinie).

Zaleca się:

a) w wypadkach z wynikiem serologicznym ujemnym lub takich, które w przebiegu lub końcu pierwszego leczenia okazały się ujemne, przeprowadzić 4 takie same leczenia w odstępach od 3—5 tygodni;

b) w tych wypadkach, które przy końcu pierwszego leczenia nie stały się ujemne, zaleca się oprócz stosowania leczenia jak pod a), jeszcze dalsze leczenie, aby chory łącznie z leczeniem, które przy końcu miało ujemną reakcję, przebył jeszcze najmniej 3 leczenia. W razie potrzeby, leczenie to może być przedłużone według uznania lekarza. Lekarz przed zakończeniem leczenia winien przeprowadzić badanie;

c) wypadki powrotne z objawami pierwszorzędowymi winny być leczone również wg zasad, jak pod b);

d) jeżeli w pewnych wypadkach wskazane jest ograniczenie leczenia, lepiej jest liczbę wstrzykiwań arsenu zmniejszyć, niż zmniejszać poszczególne dawki lub przedłużać przerwy między jednym a drugim wstrzyknięciem;

e) po ukończeniu leczenia konieczne jest badanie chorego klinicznie i serologicznie w ciągu pierwszego roku przynajmniej co 2 miesiące, a później do upływu przynajmniej 2 lat od ukończenia leczenia — co 3 miesiące. Badanie powinno być bardzo dokładne, tj. surowicy krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego.

Plan leczenia II. (Leczenie ciągłe).

Dzień lub tydzień	Altsalvarsan w g	Leczenie w czasie przerwy
Dzień		
1	0,3—0,6 [1]	— odczyn Wassermanna
5	0,3—0,6	— odczyn Wassermanna
10	0,3—0,6	— odczyn Wassermanna
tydzień		
3	0,4	
4	0,4	
5	0,4	
6	0,4	
7	0,4	Odczyn Wassermanna, salicylan bizmutu 4 dawki odpow. po 0,2 g metal. bizmutu (lub maść rtęciowa [2])) i jodek potasu
10		
11		
12	0,4	
13	0,4	
14	0,4	
15	0,4	
16	0,4	
17	0,4	Odczyn Wassermanna, salicylan bizmutu 4 dawki odpow. po 0,2 g metal. bizmutu (lub maść rtęciowa) i jodek potasu
18—23 [3])		bizmut, 6 dawek (lub maść rtęciowa) jodek potasu
24	0,4	
25	0,4	
26	0,4	
27	0,4	
28	0,4	
29	0,4	
30—37		bizmut, 8 dawek (lub maść rtęciowa) i jodek potasu
38	0,4	Seroreakcja
39	0,4	
40	0,4	
41	0,4	
42	0,4	
43	0,4	Seroreakcja
44—53		bizmut, 10 dawek [4]) lub maść rtęciowa) i jodek potasu
54 [5])	0,4	j. w.
55	0,4	
56	0,4	
57	0,4	
58	0,4	
59	0,4	j. w.
60—69 [6])		bizmut, 10 dawek (lub maść rtęciowa) i jodek potasu
70—122		obserwacja bez leczenia
123		badanie ogólne i neurologiczne, nakłucia i możliwie badanie rentgenologiczne serca i dużych naczyń.

[1]) Przy pierwszych trzech wstrzykiwaniach winny być stosowane dawki 0,1 salwarsanu (*Altsalvarsan)* na 23 ang. funtów (11,3 kg) wagi ciała, przy dalszych przeciętnie 0,4 altsalwarsanu na dawkę.

Przy niemożności użycia salwarsanu daje się zamiast niego 8 do 10 dawek po 0,3 salwarsanu srebra lub 10 do 12 dawek po 0,6 do 0,75 g neosalwarsanu.

[2]) Należy dawać pierwszeństwo bizmutowi nad rtęcią. Przy stosowaniu rtęci już w czasie ostatniego tygodnia pierwszego leczenia salwarsanowego i jeszcze w czasie pierwszego tygodnia drugiego leczenia, należy podawać rtęć. Większe przerwy w leczeniu mogą okazać się niebezpieczne, z racji możliwości nawrotu.

[3]) W tym czasie, jeśli chory zgodzi się, dokonać badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Gdy badanie płynu da wynik dodatni, leczenie winno być kontynuowane i wzmożone, a po upływie 6 miesięcy badanie płynu powtórzone.

[4]) Należy zauważyć, że leczenie bizmutem lub rtęcią stale postępuje w czasie trwania, 4, 6, 8 aż do 10 tygodni.

[5]) W przeciętnych przypadkach z odczynem Wassermanna dodatnim lub ujemnym kiły I-rzędowej lub w początku okresu II-rzędowego, powinno być przeprowadzonych przynajmniej 5 leczeń salwarsanem.

[6]) Wskazane jest zakończenie leczenia bizmutem lub rtęcią, zamiast salwarsanem.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY

Polska Akademia Umiejętności
IV. Wydział Lekarski

Posiedzenie z dnia 21 lutego 1938 roku

Przewodniczący: dyrektor H. Hoyer

Czł. S. Maziarski przedstawia pracę A. Schwarzbarta pt.: *Badania anatomo-histologiczne trąbki Eustachiusza okresu płodowego i pozapłodowego.*

Praca oparta jest na zbadaniu w nieprzerwanych seriach mikroskopowych stu kości skroniowych, w tym 92 ludzkich (z czego 26 płodowych) i 8 z psów. Pod względem metody zasługuje na uwagę 1) stosowanie w dużym zakresie przekrojów osiowych podłużnych przez całą przestrzeń trąbkowo-bębenkową, 2) nowa odmiana piłowania kości skalistej i 3) wstępne utrwalanie na zwłokach.

W pracy wypowiedziane i uzasadnione są wielostronnie trzy nowe poglądy: 1) Dotychczasową klasyfikację przestrzeni trąbkowo-bębenkowej należy zastąpić inną, w której trąbka kostna, zwana przez autora *protympanum,* złączona jest z jamą bębenkową w jedną całość, zwaną przez autora *bitympanum. Bitympanum* przeciwstawione jest pozostałej części trąbki i tylko ta część, odpowiadająca w przybliżeniu trąbce chrząstkowej Rüdingera, określona być powinna mianem trąbki. 2) Wyściółka nabłonkowa układu pneumatycznego kości skroniowej jest pochodzenia mezenchymalnego, wbrew dotychczasowym poglądom przypisującym tej wyściółce pochodzenie entodermalne. 3) Tkanka galaretowata przestrzeni pneumatycznych, zwana przez autora tkanką pneumatyzacyjną, odznacza się wbrew opisowi klasycznemu Wendta znaczną różnokształtnością, polimorfizmem obrazu mikroskopowego. Tkanka pneumatyzacyjna sięga ku przodowi tak daleko, jak *bitympanum.* Można jej obecność stwierdzić aż do późnego wieku dojrzałego.

Inne dane dotyczą początku procesu pneumatyzacji, sięgającego okresów wcześniejszych, niż dotychczas się przyjmuje, początku powstawania fałdów trąbkowych, następnie morfologii przestrzeni trąbkowo-bębenkowej, obrazu mikroskopowego trąbki i *protympanum* okresu płodowego. Opisane zostały: dołek po-

zatrąbkowy płodowy (*fossula retrotubaria foetalis)*, odpowiadający późniejszej *fossa Rosenmülleri*, bardzo charakterystyczna szczelina trąbkowo-bębenkowa, nie pozbawiona, zdaniem autora, pewnego swoistego znaczenia fizjologicznego, wiotka tkanka bocznotrąbkowa, której budowa znajduje się na pograniczu tkanki embrionalnej i łącznej, *cellula hypotympanica*, mogąca mieć pewne znaczenie otochirurgiczne, *cellula peritubaria lateralis*, *stratum adiposum tubae*. Autor zwrócił uwagę na budowę drobnowidową płodowej chrząstki trąbki, na różnorodne formy gruczołów trąbki, na zasięg tkanki limfoidalnej, gruczołowej i tłuszczowej w okresie płodowym, jako też wypowiedział odrębny pogląd na mechanizm mięśnia napinacza podniebienia w odniesieniu do trąbki. Praca poprzedzona jest szkicem historycznym, zawiera 80 mikrofotografii.

Czł. St. Dąbrowski przedstawia swoją pracę pt.: *Badania kwaśnych produktów rozkładu białka ustrojowego. II. O kwasach organicznych, wydalanych w ustroju ludzkim w przypadkach długotrwałego głodu.*

Autor, nawiązując do poprzedniej pracy: *O równowadze zasad i kwasów, wydalanych w ustroju ludzkim w okresie 13-dniowego głodu oraz różnorodnego odżywiania* [1]), zbadał, jakie ilości nieznanych lub mało znanych kwasów organicznych wydala ustrój ludzki w przypadkach długotrwałego głodu, znanych w piśmiennictwie.

Dla określenia pośredniego wydalanych kwasów organicznych należało wybrać jedynie te przypadki, dla których można było ustalić całkowity bilans kwaso-zasadowy moczu, wynikający z zestawienia ilościowego wszystkich zasad trwałych, amoniaku, kwasoty wolnej i wszystkich kwasów mineralnych, aby po wyrażeniu tych ilości w milirównoważnikach lub 0.1 normalnych roztworach mianowanych móc określić ilość wydalonych kwasów organicznych (AO) z równania:

$$AO = \text{kwasy wolne} + \text{zasady trwałe} + NH_3 - (Cl' + SO_4'' + HPO_4'').$$

Wszakże w piśmiennictwie przedmiotu, pomimo nader licznych analiz moczu głodowego, spotykamy rzadkie wypadki, w których analiza ta byłaby zupełna i zawierała wszystkie niezbędne dane dla ustalenia powyższego bilansu równowagi kwaso-zasadowej. Do tych przypadków zaliczyć należy pracę Cathcarta nad 14-dniowym głodem (1907 r. oraz przypadek 31-dniowego głodu opracowany przez Benedicta w r. 1915.

Jednakże i w tych dwu przypadkach, uważanych za klasyczne, analizy nie dostarczyły dokładnych danych dla podstawienia ich w równanie powyższe. Mianowicie na 14 dni głodowych tylko w ciągu sześciu Cathcart przedstawił pełną analizę składników moczu. W długotrwałym głodzie, badanym przez Benedicta, na 31 dni w sześciu dniach nie były dokonane analizy zasad trwałych, skutkiem czego dni te nie mogą być brane pod uwagę, jeśli chodzi o możność określenia kwasów organicznych. Nadto, w przebiegu całego głodu, siarka nie była w analizach różnicowana w swych postaciach utlenionej jako kwas siarkowy i neutralnej, lecz jedynie podana jako siarka utleniona.

Z tego względu od tej siarki całkowitej trzeba było odliczyć siarkę obojętną, która według danych Cathcarta i autora wynosi w pierwszych 10 dniach głodu około 15%, a w dalszych dniach około 20% w stosunku do siarki całkowitej moczu.

Wyniki, otrzymane z obliczeń bilansów kwaso-zasadowych moczu, w tych dwóch przypadkach głodu długotrwałego okazały się podobne do wyników w poprzedniej pracy Dąbrowskiego i Kozłowskiego, w której zestawiono powyższe bilanse w ciągu 5 dni 13-dniowego głodu.

W szczególności okazało się, że ilość kwasów organicznych, obliczona w cm³ 0.1 N roztworów mianowanych na te same dnie głodu, wahała się w następujących granicach w ciągu pierwszego okresu 10—14-dniowego głodu (w nawiasach podany jest odsetek tych kwasów w stosunku do ogólnej ilości kwasów):

(Liczby podano w cm³ 1/10 N roztworu)

Cathcart %	Benedict %	Dąbrowski i Kozłowski %
503 (29)	1310 (55.7)	605 (40)
547 (35)	1388 (57)	575 (43)
582 (43)	970 (56.5)	825 (47.5)
543 (42)	1176 (59.5)	253 (30)
284 (31)	1110 (55.5)	245 (36)

W dalszych okresach głodu od 18 do 31 dnia ilość kwasów organicznych, obliczona na podstawie badań Benedicta, wynosi tu od 58 do 68% w stosunku do ogólnej ilości wydalanych kwasów.

[1]) Przedstawiona na posiedzeniu PAU dnia 18. V. 1937.

Na kwas moczowy przypadają drobne tylko ułamki ogólnej ilości kwasów organicznych, nie przekraczające 20—30 cm³ 0.1 N roztworu.

Gdy porównać te liczby z wynikami otrzymanymi przy stosowaniu różnorodnego sposobu żywienia, to okaże się, że zawartość kwasów organicznych w czasie głodu najbardziej zbliża się do ich ilości w czasie diety wyłącznie mięsnej (32—35%), a odbiega od ilości w diecie mieszanej (15%) i mlecznej (12%).

Kwasota miareczkowa rozłożona na swe własne składniki wykazuje, że stosunek kwasów organicznych do kwaśnych fosforanów jednozasadowych zbliża się do wartości jednostki podczas diety mięsnej, gdy w diecie mieszanej wzrasta dwukrotnie lub więcej, a przy diecie mlecznej stosunek ten spada do 0.2 i niżej.

Czł. St. Dąbrowski przedstawia pracę Z. Stolzmanna pt.: *Udział krwinek w toku trawienia ciał białkowych u człowieka. I. O zawartości mocznika i azotu pozabiałkowego w krwinkach i osoczu na czczo i w czasie trawienia ciał białkowych.*

Badano krew u 13 zdrowych ludzi w wieku od 19 do 23 lat na czczo po poprzedniej diecie bezmięsnej, a następnie w okresie trawienia w pięć godzin po spożyciu obfitego posiłku mięsnego.

Oznaczano azot pozabiałkowy oraz mocznik w osoczu i krwi całkowitej po hemolizie; zarazem oznaczano objętość czerwonych ciałek krwi przez badanie przewodnictwa metodą Sławińskiego mierzenia objętości zawiesin. Stąd wyliczono zawartość azotu pozabiałkowego i mocznika w jednostce objętości krwinek.

Prawidłowość czynności nerek stwierdzono poprzednio na podstawie oznaczenia stałej Ambarda na czczo.

W kilku przypadkach typowych wyniki były następujące co do ogólnej ilości azotu pozabiałkowego:

	Stała Ambarda		Objętość krwinek w %	Zawartość azotu pozabiałkowego w mg na 100 cm³ osocza	krwi	krwinek	Przyrost azotu pozabiałkowego w mg na 100 cm³ osocza	krwinek	Stosunek przyrostu azotu krwinek do osocza
B. Św.	0.078	I	49.93	16.23	26.93	37.65	4.77	40.67	8.53
		II	44.01	21.00	46.23	78.32			
St. W.	0.065	I	44.71	19.64	28.28	38.95	2.39	40.17	21.47
		II	43.71	22.03	46.99	79.12			
St. Cz.	0.078	I	46.52	18.00	29.27	42.24	6.50	34.90	5.37
		II	46.02	24.50	48.73	77.14			
L. F.	0.078	I	45.02	14.96	23.31	33.49	3.39	22.66	12.13
		II	43.71	18.35	42.94	74.59			

Z tych przykładowo podanych liczb, jak i z oznaczeń mocznika dochodzimy do następujących wniosków:

Ilość azotu pozabiałkowego w jednostce objętości krwinek jest stale większa, aniżeli w jednostce osocza, tak na czczo, jak i na szczycie trawienia.

Zawartość mocznika w jednostce objętości krwinek jest zawsze nieco mniejsza, niż w jednostce objętości osocza. Przyrost mocznika w okresie trawienia tak w krwinkach, jak i osoczu jest prawie równy:

Przyrost mocznika w mg/100 cm³

osocze	11.02	12.42	19.12	13.41
krwinki	9.42	10.77	18.29	15.19

Natomiast przyrost azotu pozabiałkowego w okresie trawienia w krwinkach jest we wszystkich przypadkach wielokrotnie (od 3 do 21 razy) większy, niż jego przyrost w osoczu.

Z tych danych liczbowych wynika, że udział krwinek w przenoszeniu produktów trawienia na jego szczycie jest wybitny, i to w szczególności przy przenoszeniu azotu pozabiałkowego, po odliczeniu części azotu przypadającego na mocznik.

Z prac W. Koskowskiego nad dynamicznymi własnościami krwi było już wiadomo, że w krwinkach gromadzi się histamina po przyjęciu pokarmów i znika w stanie czczości. Z badań niniejszej pracy azotu pozabiałkowego staje się oczywistym, że krwinki biorą w ogóle czynny udział w przenoszeniu szeregu ciał azotowych, które gromadzą w czasie czynności przewodu pokarmowego. Tym samym sprawdzają się przewidywania Constantino (1913) i Rzętkowskiego (1917), że rola krwinek nie ogranicza się tylko do ich czynności respiracyjnej, lecz zostaje uzupełniona przez mało zbadany dotychczas ich udział w przebiegu trawienia ciał białkowych, polegający co najmniej na przenoszeniu azotowych przetworów, wytworzonych w przewodzie pokarmowym.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie

Protokół XVII posiedzenia naukowego z dnia 21 maja 1937 roku

Przewodniczy: Kol. A. Sabatowski

1. Kol. Musiał Albin *przedstawił przypadek obustronnego wodoocza u dziecka.*

W dyskusji kol. Grzędzielski Jerzy uważa, że obustronne wodoocze jest częstsze, jak jednostronne. Jedno oko jest zwykle jednak silniej zajęte, jak drugie i być może, sprawa po jednej stronie rozwija się wcześniej, stąd u dzieci małych robi wrażenie jednostronnej. Jeżeli obserwujemy osobników dotkniętych wodooczem w wieku kilkunastu lat lub późniejszym, to widzimy zawsze, iż oba oczy są zajęte, przy czym jedno oko zachowuje resztkę widzenia, a drugie jest całkiem ślepe, znacznie powiększone lub nawet zanikłe. Regułą więc będzie obustronność wodoocza, jako sprawy wrodzonej, rozwijającej się na podłożu dziedzicznym.

W dalszym ciągu przemawiali kol. Naróg, Dobrzaniecki i Progulski, ponadto po raz drugi kol. Grzędzielski Jerzy: co się tyczy uwag kol. Dobrzanieckiego i kol. Progulskiego, zauważa, że to wpływ nerwu sympatycznego na oko, a w jaskrze w szczególności, był w okulistyce oddawna studiowany. Eksperymentalne przecięcie pnia sympatycznego na szyi lub wycięcie zwojów szyjnych powoduje na oku tzw. objaw Hornera (*ptosis, myosis, enophthalmus*), przy czym jednak wpływ na ciśnienie śródoczne jest niewyraźny. Co do jaskry, to przyjmuje się w ogóle, że przy niej istnieje sympatykotonia, stąd środki porażające n. sympatyczny, jak ergotamina, zastosowane doustnie lub w zastrzyku, działają obniżająco na ciśnienie śródoczne. Są też próby leczenia jaskry przez wycięcie zwojów szyjnych, co zapoczątkował przed około 40 laty chirurg rumuński Jonnescu. Wyniki osiągnięte są jednak niezbyt zachęcające.

2. Kol. Chodowicki J. *przedstawił przypadek rzadkich zaburzeń rozwojowych kośćca i trzew.*

Chora, l. 26 pozostaje w leczeniu tutejszej Kliniki Chorób Wewnętrznych z powodu przewlekłego zapalenia nerek; przedstawiono ją ze względu na pewne zaburzenie rozwojowe, mające styczne tak z *dysostosis cleido-cranialis,* jako też z wysokim ułożeniem łopatki, czyli z anomalią Sprengla. Od *dysostosis cl.-cr.* różni się tym, iż brak obojczyka jest tylko jednostronny i zupełny, podczas gdy w *dysostosis* obojczyk jest częściej tylko obustronnie niezupełnie wykształcony. Poza tym charakterystyczne dla powyższej anomalii zaburzenia rozwojowe kośćca czaszki nie istnieją u przedstawionej chorej. Od anomalii Sprengla różni się tym, że wprawdzie istnieje uniesienie łopatki ku górze, ale bez skręcenia jej wzdłuż osi strzałkowej tak, że brzeg jej pachowy przybiera położenie prawie że poziome. Zaburzenia więc powyższe są zaburzeniami *sui generis,* nie mającymi identycznych odpowiedników z opisanymi przez innych autorów.

3. Kol. Ermich S. *wygłosił wykład pt.: Ostre urazy czaszkowe w wieku dziecięcym.* (Rzecz ukaże się w druku w Pol. Przegl. Chir.).

W dyskusji kol. Grzędzielski Jerzy: Wykład kol. Ermicha należało by uzupełnić przypadkami, w których dotknięty zostaje narząd wzroku. Mniej interesujące są tu przypadki uszkodzenia okolicy oczodołu, np. przy kopnięciu przez konia. Ze względu na mechanizm urazowy, bardziej zasługują na uwagę przypadki, gdzie przy minimalnym zewnętrznym uszkodzeniu przychodzi do oślepnięcia jednego lub obu oczu. Niezbyt rzadkie są wypadki, w których tępy uraz okolicy oczodołu powoduje pęknięcie w okolicy *foramen opticum,* z przerwaniem nerwu wzrokowego. Jeżeli takie pęknięcie nastąpi więcej ku tyłowi, w okolicy skrzyżowania, to może przyjść do przerwania obu nerwów wzrokowych z uszkodzeniem równoczesnym odpowiedniej okolicy mózgu. Taki przypadek mówca obserwował przed 6 laty (z materiału Oddz. Wewnętrznego Dziecięcego), gdzie u chłopca 8-letniego, po upadku z wozu, bez żadnych większych obrażeń czaszki, przyszło do obustronnej ślepoty z zanikiem nerwów wzrokowych. Równocześnie u tego chłopca wystąpiła wybitna moczówka prosta. Zdjęcie rentgenowskie nie wykazało jednak żadnego pęknięcia na podstawie czaszki.

Ponadto przemawiali: Kol. Ostrowski Tadeusz i Dobrzaniecki. Sekretarz doroczny: *W. Musiał.*

Protokół XVIII posiedzenia naukowego z dnia 28 maja 1937 roku

Przewodniczy: Kol. Progulski

1. Kol. Bocheński K. *wygłosił wykład pt.: Znaczenie radu w leczeniu raka macicy.* (Wydrukowano w P. G. L. 1937).

W dyskusji kol. Mączewski: Jesteśmy w tym szczęśliwym położeniu, iż obecnie możemy się poszczycić doskonałymi wynikami w leczeniu raka macicy energią promienną. Kiedy kilkanaście lat temu uzyskiwano po leczeniu Roentgenem 20% wyleczenia trwałego dla przypadków I grupy, to wynik ten uważaliśmy za bardzo korzystny. Obecnie lecząc radem, otrzymujemy wyniki znacznie lepsze. W Anglii, Francji i Szwecji leczą raka macicy głównie promieniami radu. W niektórych zakładach leczniczych uzyskano po radzie 75% stałego wyleczenia dla przypadków I grupy, 45% dla II grupy, 23,6% dla III grupy. Wyniki te są wprost znakomite. Po stosowaniu operacji nie możemy się poszczycić takim odsetkiem wyleczenia. Ostatnio w Niemczech po operacji Wertheima uzyskano w I grupie 36% wyleczenia; śmiertelność pooperacyjna — 18%; stosując zaś operację Schauty-Stoeckla uzyskano 51% wyleczenia. Są to najkorzystniejsze wyniki, jakie dotychczas uzyskano drogą operacyjną (Schröder). Szpital nasz nie posiada radu; skutkiem skromnego wyposażenia pracowni rentgenowskich tylko nieliczne chore mogą korzystać z leczenia Roentgenem. Z konieczności zatem zmuszeni jesteśmy leczyć raki macicy głównie operacyjnie. Zaledwie 5% chorych rakowych nadaje się do leczenia operacyjnego w myśl przyjętych założeń i warunków; my jednak z konieczności nierzadko wykonywamy operację w tych przypadkach, w których lepiej było by stosować leczenie energią promienną. Stosowaliśmy najróżnorodniejsze metody operacyjne; obecnie wykonujemy operacje Schauty-Stoeckla. Wyniki dla przypadków I grupy są dobre, dla innych grup złe. Leczenie nawrotów promieniami Roentgena jest beznadziejne.

Wyniki uzyskiwane w leczeniu raka macicy promieniami radu są tak znakomite i tak sugestywne, że gdybyśmy mieli rad w dostatecznej ilości, to zaniechałbym leczenia operacyjnego lub ograniczylibyśmy wskazania do tego do nielicznych wybranych przypadków. Uwzględnić należy pewne powikłania i poważne następstwa, jakie zdarzyć się mogą po zastosowaniu radu. Statystyki notują od 2,7 do 4% śmiertelności wskutek zakażenia ogólnego w następstwie stosowania radu do wnętrza macicy.

Wobec tak korzystnych wyników, jakie notuje piśmiennictwo lat ostatnich jest rzeczą zrozumiałą, iż wielu klinicystów wstrzymuje się obecnie od leczenia operacyjnego i leczy raka macicy energią promienną. To stanowisko najbardziej mi odpowiada. Gdybym rozporządzał odpowiednią ilością radu i odpowiednią aparaturą rentgenowską, ograniczyłbym leczenie operacyjne raka macicy do minimum, gdyż za pomocą operacji nie uzyskałem nawet w przybliżeniu takich wyników, jakie uzyskano, stosując energię promienną. Gdy mowa o działaniu promieni na komórki nowotworowe i na ustrój, należy wziąć pod uwagę w ocenianiu wyników ekspozycję patologiczną danego osobnika. Konstytucja ogólna ustroju ma wpływ na wynik leczniczy.

Ponadto przemawiali: Kol. Seidler i Meisels Emil. Odpowiedział referent.

2. Kol. Rychłowski Z. *wygłosił wykład pt.: Znaczenie radu w leczeniu dobrotliwych spraw nowotworowych.* (Wydrukowano w P. G. L. 1937 r.).

W dyskusji zabierali głos kol. Seidler i Kwiatkowski.

3. Kol. Grabowski W. *wygłosił wykład pt.: Problem tzw. radioimmunizacji tkanek* (rzecz ukaże się drukiem w P. G. L.).

W dyskusji przemawiali: Kol. Meisels, Moraczewski i Gąsiorowski, w odpowiedzi referent.

Sekretarz doroczny: *W. Musiał.*

Protokół XIX posiedzenia naukowego z dnia 4 czerwca 1937 roku

Przewodniczy: Kol. A. Sabatowski

1. Kol. Petryński B. *przedstawił przypadek charłactwa przysadkowego (m. Simmonds).*

Chora lat 23, studentka Uniwersytetu, pochodząca ze zdrowej rodziny, przebyła w dzieciństwie czerwonkę i zapalenie nerek. Miesiączki od 13 r. ż. prawidłowe. Od marca 1936 występowały u chorej napadowe bóle w dołku podsercowym, połączone z nudnościami i pustymi odbijaniami. Chora straciła zupełnie apetyt, od maja 1936 zupełnie przestała miesiączkować, do listopada 1936 straciła na wadze 20 kg. Przedmiotowo stwierdzono wówczas skrajnie zły stan odżywienia, suchość, śniadawe zabarwienie i obniżoną pobudliwość naczynioruchową skóry, wolną czynność serca, obniżone ciśnienie krwi (85 mm Hg).

Ze względu na ujemny wynik badania przewodu pokarmowego przyczyny stwierdzonego stanu szukaliśmy w niedomodze przedniego płata przysadki wobec stwierdzenia trzech zespołów objawowych ze strony układu wkrewnego, którego czynność wydzielnicza kierowana jest przez przedni płat przysadki: 1) niedomoga czynnościowa jajników z ustaniem miesiączki przy ujemnym wyniku badania ginekologicznego, 2) niedomoga tar-

czycy — suchość skóry, jej lekkie łuszczenie się, wolne tętno, obniżenie przemiany spoczynkowej (—20%), 3) niedomoga czynnościowa układu nadnerczowego — niskie ciśnienie krwi, niski poziom cukru we krwi (80 mg %), zwiększona wrażliwość na insulinę, zwiększona tolerancja na węglowodany, wolne tętno i ciemniejsze zabarwienie skóry.

Opisany zespół objawów przy absolutnym braku łaknienia mimo stosowania gorzkników, kwasu solnego, preparatów trzustkowych, arsenowych, insuliny — utwierdziły rozpoznanie charłactwa przysadkowego.

Rentgenogram czaszki nie pozwolił określić rodzaju schorzenia przysadki, wykazał jedynie nieznaczne objawy wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego przy prawidłowym kształcie i wielkości siodełka tureckiego. Brak bólów głowy, zaburzeń wzrokowych i prawidłowy obraz dna oka nie pozwalają na rozpoznanie guza przysadki.

Przypadek typowy, przedstawiony ze względu na rzadkość tego schorzenia, jako dowód nadrzędnej roli przysadki w czynności układu wkrewnego.

W dyskusji przemawiał kol. Zeghauser.

2. Kol. Albert Z. *przedstawił preparaty anatomo-patologiczne przypadków wątrobiaka złośliwego.*

Na Oddział Chirurgiczny Szpitala św. Zofii zostało przyjęte dziecko płci męskiej w wieku ośmiu miesięcy. Matka podała, że przed dwoma miesiącami zauważyła u dziecka guz w miejscu odpowiadającym wątrobie. Ostatnio guz ten szybko się powiększał. Dziecko było miernie odżywione, dobrze rozwinięte. Apetyt miało dobry. Dotykiem wyczuwało się wątrobę znacznie powiększoną, o nierównej powierzchni, niebolesną. Poza tym fizykalne badanie żadnych zmian nie wykazało. Badanie cytologiczne krwi wykazało znacznie zwiększoną liczbę limfocytów (60%), przy zmniejszonej liczbie ciałek białych wielojądrzastych (22%). W czasie kilkudniowego pobytu w Szpitalu były czasem podwyżki ciepłoty ciała, raz zwyżka do 38°. Chirurg (doc. dr Dobrzaniecki) wykonał próbne otwarcie jamy brzusznej i nakłuł jeden z guzów wątroby. W 24 godzin po zabiegu, a więc zanim nadszedł wynik badania histologicznego treści z nakłucia wątroby, dziecko zagorączkowało (39°) i zmarło. Na sekcji stwierdzono wątrobę znacznie powiększoną o nierównej powierzchni, guzowatą. Guzy te były wielkości grochu, a niektóre dochodziły do wielkości jaja kurzego, były dość miękkie, na przekroju szarawe, niektóre krwawo zabarwione; zajmowały one prawie całą wątrobę tak, że tylko miejscami widoczne były jeszcze resztki miąższu wątrobowego. O podobnym charakterze stwierdzono jeden guzek wielkości soczewicy, ostro odgraniczony na lewej opłucnej. Ze zmian w innych narządach stwierdzono wybroczyny krwawe na obu opłucnych i świeże odoskrzelowe zapalenie płuc.

Niewątpliwie ma się tu do czynienia z nowotworem wątroby. Brak w innych narządach zmian nowotworowych, poza małym guzkiem na opłucnej, typowym przerzutem, wskazywał, że ma się tu do czynienia z pierwotnym nowotworem wątroby.

Ze względu na rozległość zmian, niszczenie tkanki wątrobowej i tworzenie przerzutów, można było rozpoznać nowotwór złośliwy. Badanie histologiczne wykazało utkanie nowotworu złośliwego, wychodzącego z komórek wątrobowych, tzw. *hepatoma malignum*. W pozostałym miąższu wątrobowym stwierdza się jego marskość. Wątrobiak należy do nowotworów rzadko spotykanych, zwłaszcza u dzieci. Rosenbusch znalazł w piśmiennictwie 32 przypadki wątrobiaków u dzieci do 2 roku życia, a zaledwie 5 przypadków do 8 miesiąca życia, a więc tak, jak w przedstawionym przypadku. Czy marskość wątroby stwierdzana często przy nowotworach wątroby jest skutkiem, czy przyczyną raka, pozostaje wciąż sprawą otwartą. Raki wątroby u dzieci szybko wzrastają, gdyż niezawodnie są one pochodzenia płodowego.

Drugi preparat wątroby przedstawia łagodnego gruczolaka wątroby u 2-letniej dziewczynki zmarłej wskutek odoskrzelowego zapalenia płuc. Gruczolak ten, wielkości jaja gęsiego, nie dawał, jak zwykle w tych przypadkach, objawów klinicznych i został przypadkowo na sekcji stwierdzony. Należy pamiętać, że gruczolaki łagodne wątroby często złośliwieją.

3. Kol. Albert Z. *przedstawił preparaty anatomo-patologiczne przypadku, w którym współistniały dwa różne raki jelita grubego.*

U mężczyzny 10-letniego wykonał chirurg *anus praeter naturalis* z powodu raka esicy. Chory zmarł w krótkim czasie po operacji wskutek zapalenia otrzewnej i niedomogi serca, gdyż istniało tu równocześnie przewlekłe zapalenie wsierdzia.

Na sekcji istotnie stwierdzono raka esicy, w postaci owrzodzenia o średnicy 3½ cm. Rak wywołał bardzo silne zwężenie światła przewodu pokarmowego. Miał on wyraźne cechy raka pierwotnego, a histologicznie wykazywał utkanie *adenocarcinoma simplex*. Przy dalszym rozcinaniu jelita napotkał sekcjonujący w obrębie całego brzegu zastawki Bauhina wał kalafiorowaty, białawo-różowawy, miękki, wyniosły. Druga ta zmiana odpowiadała swym charakterem również pierwotnemu ognisku raka. Za pierwotnym charakterem obu raków przemawia ich umiejscowienie, naciekowe bujanie i różny obraz histologiczny. W skrawku z raka esicy wykazano utkanie *adenocarcinoma simplex*, a w skrawku z raka kątnicy stwierdzono raka gruczołowego śluzowaciejącego.

W dyskusji przemawiali: Kol. Wolf, Dobrzaniecki i Nowicki.

4. Kol. Sołowij *wygłosił wykład pt.: Studium uniwersyteckie a wykonywanie zawodu lekarskiego przez kobiety tudzież sprawa macierzyństwa.*

W dyskusji zabierali głos Kol.: Bocheński, Sałpeter, Mączewski, Sieradzki, Rothfeld, Nowicki, Węgrzynowski i Seidler. Odpowiedział referent.

Sekretarz doroczny: *W. Musiał.*

Protokół XX posiedzenia naukowego z dnia 11 czerwca 1937 roku

Przewodniczy: Kol. A. Sabatowski

1. Kol. Musiał Albin *omówił 2 przypadki mięsaków brunatnych naczyniówki we wczesnym okresie.*

2. Kol. Musiał Albin i Albert Z. *omówili przypadek mięsaka nagałkowego z przerzutami do serca.*

W dyskusji: Kol. Fels przytoczył przypadek mięsaka brunatnego naczyniówki ze Szpitala Żydowskiego; po usunięciu gałki ocznej powstał przerzut do wątroby po upływie 20 lat.

Ponadto przemawiał kol. Naróg.

3. Kol. Haak E. (gość), *przedstawił przypadek chrzęstniaka jamy oczodołowej.*

W dyskusji przemawiał kol. Musiał Albin.

4. Kol. Rothfeld J. *wygłosił wykład pt.: Skombinowane schorzenie systemowe rdzenia a niedokrwistość złośliwa* (wydrukowano w P. G. L.).

W dyskusji kol. Ziemilski i Naróg, *w odpowiedzi* kol. Rothfeld.

Sekretarz doroczny: *W. Musiał.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 26 stycznia 1937 roku

1. Kol. Cieszyński (czł. T-wa), *wygłosił odczyt pt.: „Systematyczna walka z kiłą wrodzoną jako zagadnienie społeczne".* (Streszczenie własne).

Aby poznać wroga, z którym ma się walczyć, potrzebna jest znajomość jego rozszerzania w różnych krajach. Dujardin z Brukseli obliczył, że przed r. 1914 było kiłowych przypadków w Austrii około 3,8%, w Niemczech 6%, w Anglii 6,5%, we Francji 7,6% i po wojnie, według Lerrede 9,2%, a według Marfan w dużych miastach do 30%. We Włoszech Nasso podaje 25,6%, a Porrera i Madwan 2,5%. W Jugosławii Swanz stwierdził 2,6%, a w Czechosłowacji Steinert i Flüsser 2,3%; w Stanach Zjednoczonych A. P. Austeir i Churchill 2%. Liczby Dujardina dla Niemiec znalazły zupełne potwierdzenie w badaniach sekcyjnych Nurkel'a, który w latach 1907—1933 stwierdził w Düsseldorfie przeciętnie 6% i w badaniach krwi rodzących w Berlinie, Düsseldorfie i Monachium, gdzie ustalono 5,5—9%. Phanudler i Mannhof podają po wojnie 2,7—4,1%, Fürst wśród dzieci wielu miast niemieckich 1—2,7%, a *Reichsgesundheitsamt* w r. 1927 tylko 0,2% i w r. 1934 tylko 0,13%. W Polsce Dep. Służby Zdrowia stwierdził w r. 1922 — 0,46%, w r. 1923 — 0,42%, w r. 1924 — 0,56% i w r. 1933 — 0,55% oraz w Warszawie 2,16—6,57. Badania krwi rodzących na Wa wykazały w Warszawie 3,3—7,8% i w Krakowie 1,74—2,91% dodatnich odczynów. W wojsku stwierdzono w latach 1922—1925 kiłowych 1,2—1,8%, wśród więźniów całego kraju w r. 1934 około 5%, a wśród prostytutek większych miast 5,5%.

Następstwa kiły u potomstwa przejawiają się w poronieniach i martwych porodach, których we Francji oblicza się na 20.000—40.000 rocznie, w śmiertelności niemowląt kiłowych, która wynosi 74%, w przewlekłych schorzeniach lub stanach patologicznych, jak ślepota, głuchoniemota, zwyrodnienie, porażenia nerwowe i umysłowy niedorozwój, dla którego 6—26,5% stwierdzono przyczynę w kile rodziców. Najgorszym następstwem kiły wrodzonej jest możliwość przeniesienia jej na trzecie pokolenie, które stwierdzili różni autorzy.

Walka z kiłą w ogóle musi pójść zarówno w kierunku zapobiegania jej przez zwalczanie alkoholizmu, zwłaszcza wśród młodzieży oraz szerzenie kultu życia czystego poza małżeństwem, zalecanego przez religię katolicką, za pomocą harcerstwa, sportów i ćwiczeń fizycznych, oświaty i kultury oraz pogłębiania życia religijnego, jak i w kierunku systematycznego leczenia jej w przychodniach przeciwwenerycznych, których w r. 1936 było w naszym kraju 216. Walka z kiłą wrodzoną musi objąć zakaz zawierania małżeństw przez niedostatecznie wyleczonych kiłowych poprzez poradnie przedślubne, których mamy w całym kraju dotąd 22, stworzonych głównie staraniem Polskiego Tow. Eugenicznego, badanie krwi na odczyn Wa u wszystkich ciężarnych we wszystkich poradniach dla ciężarnych, badanie krwi na odczyn Wa o ile możności u wszystkich rodzących w Polsce i następne kierowanie do wczesnego leczenia przeciwkiłowego wszystkich ciężarnych i położnic, u których stwierdzono dodatni odczyn Wa. Samo leczenie odbywa się już u matek w 216 istniejących w całym Państwie poradniach przeciwwenerycznych oraz u dzieci w 9 dotąd istniejących poradniach przeciwkiłowych dla dzieci, z których jedną, trzecią z kolei, zorganizował prelegent w r. 1925 przy Klinice Chorób Dziecięcych U. J. P. i prowadził przez $2^1/_2$ roku.

Rozprawy: Kol. Szmurło uważa referat kol. Cieszyńskiego za bardzo interesujący i pouczający, jednak nie zgadza się z poglądami referenta, że w wojsku dlatego jest duży procent zarażonych kiłą, bo są tam szczególnie sprzyjające po temu warunki. Mówca przypisuje winę brakowi odpowiednich pouczeń i dozoru młodzieży wojskowej. Nie zgadza się on również, aby więźniowie byli narażeni na zakażenie się kiłą więcej, niż na wolności; wszak w więzieniu znajdują się stale pod opieką lekarską. Więźniów zakażonych kiłą można łatwo wyśledzić i przeprowadzić odpowiednie leczenie, by po wyjściu z więzienia nie byli źródłem zakażeń. Dane statystyczne, dotyczące liczby przypadków kiły wśród prostytutek są pocieszające, gdyż przypuszczał, że sprawa przedstawia się gorzej. Widać, że walka prowadzona z przymiotem daje dobre wyniki; mówca wyraża zadowolenie, że referent zwrócił uwagę na liczbę przypadków kiły na Wileńszczyźnie. W roku 1933 tematem tym był zainteresowany Wojewódzki Wydział Zdrowia, który zwrócił się do Uniwersytetu S. B. o zorganizowanie walki z przymiotem. Z pewnych względów, niezależnych od Uniwersytetu, nie uczyniono tego. Władze wojewódzkie same zorganizowały lecznice, w których jest prowadzone odpowiednie leczenie przymiotu. Chodzi tu głównie o Białorusinów i Rosjan, starowierców, którzy nie chcieli się leczyć, stawiali duży opór, który trzeba było pokonywać przy pomocy administracyjnych czynników. Dziś przełamano już pierwsze lody i rozpoczęto odpowiednie leczenie. Co się tyczy dużej śmiertelności z przymiotu we Francji, to jedną z przyczyn jest fakt, że matka nie zajmuje się własnym dzieckiem, oddaje go pod opiekę ludzi obcych, a każdy wie dobrze co się dzieje, gdy dzieckiem nie zajmuje się rodzona matka. Najlepsza nawet kobieta, licząc tylko na pieniądze, zaniedbuje dziecko, dlatego we Francji liczba dzieci się zmniejsza. W końcu mówca zwraca uwagę na rolę alkoholizmu w szerzeniu się przymiotu. Nawet młodzież sportowa po ćwiczeniach idzie na wódkę. Pijaństwo to kończy się w najgorszy sposób. Zdaniem mówcy, póki walki z alkoholizmem nie postawi się na odpowiednim miejscu, póty sprawa szerzenia się przymiotu nie doczeka się rozwiązania. W Ameryce wyszło rozporządzenie nie pozwalające palić papierosów dzieciom do pewnego wieku. Każdy przechodzień jest uprawniony do odebrania papierosa takiemu dziecku. Nasza młodzież bez względu na wiek bezkarnie pali i pije, mimo iż wiemy, że pijaństwo jest jedną z przyczyn rozpowszechniania się przymiotu.

Kol. Cieszyński dziękuje prof. Szmurle za zwrócenie uwagi na rolę alkoholizmu w zakażeniu kiłą. Referent oświadcza, że sam jest abstynentem i podziela zapatrywania przedmówcy, że między pijaństwem, a szerzeniem się przymiotu istnieje ścisły związek. Referent zgadza się również z tym, że młodzież wojskowa nie jest więcej narażona na zakażenie się przymiotem, aniżeli młodzież innych zawodów, jednak młodzież rzemieślnicza ma nad sobą opiekę moralną, tymczasem młodzież wojskowa, wyrwawszy się z koszar czuje się swobodna, bez żadnej opieki i niedostatecznie sobie uświadamia groźbę zarażenia się chorobami wenerycznymi. Pod wpływem pijaństwa uprawia nierząd. Również co się tyczy więźniów, referent jest zdania, że stwierdzone przypadki kiły nie powstały w więzieniu, lecz więźniowie przynieśli ją ze sobą. Aby ustrzec przed zakażeniem ludzi na wolności więźniowie muszą przeprowadzić leczenie. Departament Zdrowia wydał rozporządzenie, na mocy którego więźniowie z kiłą są zatrzymywani w więzieniu aż do wyleczenia się z niej, chociażby upłynął okres kary. Stosunkowo niewielki procent kiły wśród prostytutek należy przypisać częstym badaniom okresowym, którym są poddawane oraz przymusowemu leczeniu w szpitalach, aż do ustąpienia objawów kiły.

2. Kol. Glass J. *wygłosił odczyt pt.: Znaczenie badania punktu krzepnięcia surowicy krwi pod wpływem gorąca dla oceny klinicznej różnych stanów chorobowych oraz dla rozpoznawania niektórych nowotworów złośliwych.* (Streszczenie własne).

Badania wykonane własną metodą na 400 chorych. Z badań tych, które ogłoszone będą w całości w Polskim Archiwum Medycyny Wewnętrznej (zeszyt 1, 1937 r.), wynika, że oznaczanie punktu krzepnięcia surowicy posiada znaczenie kliniczne dla rozpoznawania oraz rokowania w licznych stanach chorobowych. Punkt krzepnięcia surowicy pod wpływem gorąca w warunkach prawidłowych wynosi od 75^0 do 80^0, zależnie od przypadku. W warunkach chorobowych natomiast podnosi się on często, sięgając wartości 100^0 i wyżej. Podczas gdy podniesienie punktu krzepnięcia surowicy I stopnia (od 81^0 do 84^0 włącznie) spotyka się w wielu różnych stanach chorobowych, to podniesienie punktu krzepnięcia surowicy II stopnia (od 85^0 do 100^0) i III (niekrzepnięcie surowicy w ciepłocie 100^0) zdarza się tylko w pewnych ciężkich stanach chorobowych. Mianowicie objaw ten pojawia się bardzo często w nowotworach złośliwych różnych narządów (w 42 przypadkach na 103 przypadki zbadane), a zwłaszcza w rakach narządów brzusznych (w 24 przypadkach na 38 zbadanych), prócz tego w nerczycach, w późnej ciąży, w niektórych stanach obrzękowych w przebiegu niewydolności krążenia oraz w okresach przedśmiertnych różnych chorób i w poszczególnych przypadkach, przebiegających z dużymi zaburzeniami w stanie odżywienia. Częstość występowania objawu tego w sprawach nienowotworowych, jeżeli wyłączyć ciążę i stany obrzękowe jest niewielka. Mianowicie na 249 przypadków różnych stanów chorobowych objaw ten stwierdzono w 28 przypadkach, czyli w 11.2%, z czego większość (15 przyp.) dotyczy okresów przedśmiertnych różnych chorób. Ze względu na rzadkość występowania objawu tego wśród nienowotworowych przewlekłych chorób narządów brzusznych (5 przypadków na 79 zbadanych) oraz na dziesięciokrotnie większą częstość tego zjawiska w rakach narządów brzusznych — podniesienie punktu krzepnięcia surowicy II lub III stopnia może mieć w pewnej konstelacji objawów klinicznych znaczenie rozpoznawcze dla raków brzusznych. Zwłaszcza dla rozpoznawania etiologii nowotworowej puchliny brzusznej objaw podniesienia punktu krzepnięcia surowicy ma znaczenie, albowiem puchliny brzuszne pochodzenia nienowotworowego przebiegają z prawidłowym punktem krzepnięcia surowicy krwi.

Duże znaczenie kliniczne mieć może badanie punktu krzepnięcia surowicy krwi dla rokowania i oceny postępu i cofania się sprawy chorobowej. W bardzo licznych stanach chorobowych punkt krzepnięcia podnosi się wraz z pogorszeniem choroby i powraca do poziomu prawidłowego wraz z jej ustępowaniem. Z tego względu zachowanie się punktu krzepnięcia może być serologicznym sprawdzianem przebiegu choroby, podobnie jak np. ma to miejsce w odniesieniu do szybkości opadania krwinek w chorobach zapalnych.

Podniesienie punktu krzepnięcia krwi III stopnia, czyli niekrzepnięcie surowicy krwi nawet w ciepłocie 100^0, jest zjawiskiem pod względem rokowania bardzo niepomyślnym dla chorego. Z 26 przypadków (po wyłączeniu nerczycy i ciąży), w których ten objaw stwierdzono, 15 przypadków tyczyło się nowotworów złośliwych, z czego 8 zmarło w ciągu najbliższych kilku tygodni od dnia badania, a z pozostałych było 11 przypadków różnych innych stanów chorobowych. Biorąc pod uwagę, że z tych 26 przypadków tylko 3 chorych powróciło do zdrowia, objaw podniesienia punktu krzepnięcia III stopnia ma wielce niepomyślne znaczenie dla rokowania.

Podniesienie punktu krzepnięcia surowicy krwi nie zależy ani od gorączki, ani od stanu obrzękowego. Pewien związek odnaleźć można między tym objawem a istnieniem rozpadu tkankowego i charłactwem, nie ma jednak między nimi ścisłej zależności.

Również pewien związek, ale dość luźny, istnieje między podniesieniem punktu krzepnięcia a zmniejszeniem zawartości odsetkowej białka w surowicy. Inne przyczyny, które tu wchodzić mogą w rachubę przy zmianach punktu krzepnięcia surowicy nie są jeszcze wyjaśnione (przesunięcia ilościowe i jakościowe w zespołach białkowych krwi, zaburzenia w gospodarce wodnej i mineralnej oraz w ciałach tłuszczowych krwi).

Mimo niedostatecznego wyjaśnienia strony teoretycznej tego zjawiska, ma ono już zastosowanie praktyczne. Z tego względu, jak się wydaje z badania, punkt krzepnięcia surowicy może

wejść z pożytkiem w zakres codziennych badań laboratoryjnych przy łóżku chorego zwłaszcza, jeżeli wziąć pod uwagę łatwość techniczną tej metody badania.

Rozprawy: Kol. Węgierko przypomina swe prace z r. 1923 i 1924 wykonane w klinice prof. Gluzińskiego. Dotyczyły one odczynu skłaczania osocza krwi przy pomocy własnej metody. Mówca otrzymał wyniki niemal identyczne z wynikami kol. Glassa przy badaniu punktu krzepnięcia surowicy krwi pod wpływem gorąca. Praca kol. Węgierki była oparta na przebadaniu krwi w 500 przypadkach. Każdy przypadek badał kilkakrotnie. Krew pobierał z palca. W przypadkach nowotworów mówca otrzymał 42% odczynów dodatnich, w 16 przypadkach wrzodu żołądka dodatni odczyn nie wystąpił ani razu, słabo dodatni kilka razy. W nerczycach (10 przypadków) odczyn był zawsze dodatni, w zapaleniu nerek brak odczynów dodatnich, natomiast było kilka słabo dodatnich. W 22 przypadkach chorób wątroby wszystkie odczyny były ujemne. Odczyny te, aczkolwiek nieswoiste, wykonane przed 15 laty, dały podobne wyniki, jak w pracy kol. Glassa, pomimo że mówca miał do czynienia z labilnym osoczem, a kol. Glass ze stabilną surowicą. Interesujące są teoretyczne motywy tego zjawiska. Mówca nie znajdował zależności między dodatnim odczynem, a ilością białka w surowicy. Sądził, że może większa ilość globulin w osoczu jest przyczyną dodatnich odczynów. Co się tyczy wpływu rozpadu tkankowego na odczyny surowicze, to już przed 17 laty szwajcarscy badacze o tym wspominali (Herzfeld i Klinger). Odczyny dodatnie w gorączce nie zawsze można było otrzymać. W durze brzusznym mówca również nie spostrzegał tego odczynu. W przypadkach głodzenia nie badał odczynu skłaczania surowicy, lecz badał w 20 przypadkach cukrzycy, a przed 15 laty chorzy cukrzycowi byli zawsze głodzeni. Odczyny w tych przypadkach były ujemne.

Kol. Zakrzewski ma zastrzeżenia co do określania samego odczynu. Zapytuje mianowicie, jak odróżnić moment galaretowacenia surowicy od jej punktu krzepnięcia, kiedy białko przechodzi w stan stały lub półstały. Określenie, że jeżeli surowica nie wypadnie z probówki, nie jest dostateczne, gdyż opiera się na sile wstrząsania probówką, a siła ta u każdego badającego może być różna. Mówca zapytuje, czy tego rodzaju ujęcie próby nie jest zbyt dowolne, bo co jeden nazywa silnym wstrząsaniem, to drugi może nazwać słabym. Jeżeli kto nie zechce mocno wstrząsnąć probówką, to nie wytrząśnie nawet galaretki surowiczej. W tym określeniu tkwi błąd. Jeżeli chodzi o zmianę surowicy ze stanu sol w gel, to należało by rozpatrywać wszystkie stany, w których surowica zmienia swój stan skupienia, jako białko pod wpływem pewnych czynników. Wszystkie tego rodzaju odczyny, które się dowolnie ocenia, nie nadają się wg mówcy do wysnuwania z nich jakichkolwiek wniosków praktycznych; gdy chodzi o teoretyczne względy, to oczywiście o swoistości tu mówić nie można. Co się tyczy charakterystyki występowania odczynów dodatnich, to można by mówić o występowaniu ich w pewnych przypadkach tylko wtedy, gdyby tych przypadków było dużo.

Reakcje nowotworowe nieswoiste są znane w piśmiennictwie. Jest ich około 56. Praktycznie wszystkie one są mało warte i wciąż się jeszcze szuka czegoś lepszego. Między innymi jest reakcja oparta na szybkości aglutynowania surowicy w ciepłocie stałej. Zasada opiera się na różnicy okresu czasu krzepnienia surowicy w pewnej ciepłocie. W Instytucie Curie-Skłodowskiej sprawa ta była referowana. Prelegent orzekł, że odczyny nieswoiste w przypadkach nowotworów nie mają znaczenia, gdyż wyniki ich nie odbiegają od wyników w przypadkach kiły, gruźlicy, ciąży itp., a więc praktycznie reakcje te nie mają znaczenia. W końcu mówca zapytuje kol. Glassa, czy były robione badania porównawcze zawartości globulin i albumin surowicy. Większość autorów skłania się do tego, że ilość globulin w przypadkach nowotworów jest zwiększona.

Kol. Szmurło zwraca uwagę referentowi, że przełyk należy do dróg pokarmowych, a nie do narządów brzusznych. Dalej mówca krytykuje obliczenia statystyczne referenta, twierdząc, że opierają się one na zbyt małej ilości przebadanych przypadków. Karaffa-Korbut w pracy swej o statystykach podał, że nie wolno obliczać procentów, jeżeli nie rozporządza się przynajmniej 100 przebadanymi przypadkami. Dalej mówca wyraża przekonanie, że odczyny nieswoiste dla nowotworów w ogóle nie mają znaczenia, mówią tylko o cierpieniu brzusznym. Sprawa nowotworów jest to zjawisko fizyko-chemiczne, które się odbywa w całym ustroju. Najlepszym dowodem o znikomej wartości nieswoistych odczynów jest ich liczba — 56.

Kol. Filiński również uważa za trudny do określenia stan krzepnięcia surowicy. Znamy dwa przejścia w stan stały: jedno galaretowacenie, które jest stanem odwracalnym i stan krzepnięcia, z którego powrotu do stanu normalnego surowicy nie ma. Granicę między tymi stanami określić trudno, ale przypuśćmy, że nie ma tu zastrzeżeń, że technika badań kol. Glassa odpowiada wszystkim wymaganiom, wtedy wartość odczynu ma znaczenie dla określenia ciężkości stanu chorobowego i wahań, zachodzących w tym stanie. Jasne stąd, że odczyn posiada znaczenie również w rokowaniu. Co się tyczy rozpoznawania chorób za pomocą punktu krzepnięcia surowicy krwi pod wpływem gorąca, to mówca nie podziela optymizmu kol. Glassa i nie uważa, aby odczyn ten mógł zyskać duże znaczenie w klinice. Gdyby na 100 przypadków raków, w 60% otrzymano wynik dodatni, to trzeba zastanowić się, ile z tych przypadków budzi wątpliwości przy zastosowaniu zwykłych sposobów badania klinicznego. Gdy nie ma wyraźnych oznak nowotworów i chcemy oprzeć się na tej próbie, to znów jesteśmy narażeni na możliwość pomyłki, bo może ona wypaść dodatnio w przypadkach nowotworowych. Ten czynnik osłabia znaczenie praktyczne przedstawionego nam odczynu.

Kol. Glass uważa za niesłuszne twierdzenie kol. Węgierki, że surowice w wyższej ciepłocie są stabilne. Ich gel daje się łatwiej rozerwać, aniżeli gel surowic, których punktu krzepnięcia nie ma: gel surowicy, która ma podniesiony punkt krzepnięcia, łatwiej daje się rozerwać. Można mówić tylko o mniejszej spoistości gelu. Można porównać labilność gelności surowicy. Odczyn krzepnięcia surowicy mówi nie tyle o stopniu rozproszenia koloidów, ile o lepkości gelu. To są dwa różne pojęcia, które trzeba odróżniać. Były zastrzeżenia co do krzepnięcia i koloidowacenia, to jest punktu ciekłego i stałego surowicy. Koagulen nie daje się rozerwać w warunkach, którymi operujemy. Może być różnica indywidualna wykonania odczynu. Istnieje możliwość dużej różnicy wstrząsania tych surowic. Kto nie potrafi tego zrobić tak, jak referent, nie otrzyma tych samych wyników. Prelegent wstrząsał słabiej i silniej, krócej i dłużej i otrzymywał różnice, jeżeli chodzi o czas wstrząsania. Różnice te mogą wynosić jeden lub półtora stopnia. Są to różnice niewielkie, jeżeli chodzi o punkt krzepnięcia.

Co się tyczy ilości globulin i albumin badanych surowic, to referent ich nie określał. Zdaniem prelegenta nie ma mowy, aby hiperglobulinemia była tu czynnikiem decydującym. Odnośnie do danych statystycznych referent wyjaśnia, że posługiwał się rachunkiem prawdopodobieństwa. Jest to ważna sprawa w warunkach pracy klinicznej. Prelegent wyjaśnia, na czym polega rachunek prawdopodobieństwa. Powoduje on, że nawet przy większej ilości przebadanych przypadków, różnice w obliczeniu procentów będą minimalne. W końcu mówca podaje, że w pracy swej ma zamiar stosować inną metodę określania punktu krzepnięcia surowicy, zamiast wstrząsania obarcza gel zawsze tym samym słupem rtęci.

Metoda ta będzie sprawdzianem zupełnie obiektywnym. Co się tyczy wątpliwości rozpoznawczej badanych przypadków, odnośnie do nowotworów jamy brzusznej, to tych przypadków było 8, czyli około 22%. Jest to i tak trzykrotnie większa częstość odczynu dodatniego, aniżeli w przypadkach innych odczynów nieswoistych.

Wiceprezes: *Włodzimierz Filiński.*
Zastępca sekretarza dorocznego: *Michał Żabczyński.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Zmarli

Dr Kazimierz Dąbrowski, ftizjolog, dyrektor Szpitala Wolskiego, redaktor dwumiesięcznika „Gruźlica", zmarł w Warszawie.

Dnia 11 marca br. zmarł w Zurychu prof. dr O. Naegeli.

W Frankfurcie zmarł w wieku 69 lat prof. M. Neisser.

Odznaczenia i wiadomości osobiste

Przy Wojewódzkim Urzędzie Zdrowia w Krakowie utworzono od dnia 1. IV. br. posadę lekarza epidemicznego. Posadę tę objął dr Mieczysław Bilek, dotychczasowy pracownik Oddziału Zakaźnego Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy

Polskie Towarzystwo Badań Naukowych Gruźlicy. Zebranie naukowe Towarzystwa odbyło się dnia 11 kwietnia 1938 r. I. Pokazy. 1) Eliza Kozłowska: Rak pierwotny płuca. 2) Józef Rakower: Niedodma płuca w następstwie

włóknikowego zapalenia oskrzeli. — II. Odczyty. 1) Michał Telatycki: Torakoplastyka częściowa w leczeniu gruźlicy płuc. Wskazania. 2) Tadeusz Sokołowski: Torakoplastyka częściowa w leczeniu gruźlicy płuc. Technika. 3) Marian Józef Piasecki: O torakoplastyce.

XI Kongres międzynarodowy historii medycyny, odbędzie się w czasie od dnia 1—12 września 1938 r. w Jugosławii. Kongres ten rozpocznie się w Zagrzebiu, gdzie będzie trwał do dnia 4 września, po czym w Belgradzie do dnia 9 września, następnie w Sarajewie do dnia 11 września i zakończy się w Dubrowniku dnia 12 września. Główne tematy poświęcone zostaną zagadnieniom folklorystycznym. Wpisowe wynosi 250 dinarów (około 30 zł) od osoby. Osoby towarzyszące wpłacają 200 dinarów. Koszty pobytu w Jugosławii od dnia 1—12 września wyniosą 3.500 dinarów (około 420 zł — 100 din. = = ± 12 zł). W sumie tej mieszczą się koszty przejazdu koleją Zagrzeb-Belgrad-Sarajewo-Dubrownik, koszty pobytu i wyżywienia oraz koszty usługi i transportu rzeczy do hoteli i z powrotem. Językiem obrad ma być: angielski, hiszpański, francuski, łaciński, niemiecki i włoski. Zapisy na Kongres przyjmowane są wraz z wpisowym do dnia 1 maja br. Zapisy przyjmuje Sekretarz Generalny Kongresu dr Vladimir Bazala, Zagreb, Vlaska 95 (Jugosławia), który też udziela bliższych informacyj. Prezesem Komitetu Organizacyjnego Kongresu jest prof. dr Lujo Thaller (Zagrzeb). Z polskich historyków medycyny zgłosili dotychczas referaty: prof. dr W. Szumowski (Kraków): O potrzebie obowiązkowego nauczania historii medycyny (miejsce wygłoszenia — Zagrzeb); prof. dr L. Zembrzuski (Warszawa): Medycyna w poezji ludowej w Polsce (miejsce wygłoszenia — Belgrad); prof. dr W. Szumowski (Kraków): Archiwa Kliniki Lekarskiej Krakowskiej sprzed stu lat (miejsce wygłoszenia — Belgrad).

Niemieckie towarzystwo lekarskich kursów dokształcających urządza w lecie 1938 r. następujące kursy: 1) rozpoznawanie schorzeń żołądka i jelit — Klinika Lekarska w Wrocławiu, 29. VI. — 2. VII. Opłata 35 RM.; 2) rentgenologia dla internistów i chirurgów — Monachium, 8. VII. — 14. VII. Opłata 60 RM.; 3) choroby krwi, nerwów, stawów, płuc, endokrynologia — II Klinika Lekarska w Monachium, 15. VII. — 23. VII. Opłata 60 RM.; 4) choroby przemiany materii, żołądka i jelit, witaminy — I Klinika Lekarska w Monachium, 25. VII. — 30. VII. Opłata 50 RM.; 5) choroby zakaźne, układu krążenia i nerek, alergia — Klinika Lekarska we Frankfurcie/Menem, 1. VIII. — — 6. VIII. Opłata 50 RM.; 6) neurologia, psychiatria i psychoterapia — Klinika Neurologiczna we Frankfurcie/Menem, 8. VIII. — — 13. VIII. Opłata 50 RM.; 7) kurs urologii — Berlin, 27. VI. — 2. VII. Opłata 60 RM.; 8) schorzenia zębów i jamy ustnej — Berlin, 27. VI. — 2. VII. Opłata 70 RM.; 9) neurochirurgia — Berlin, Klinika Neuro-Chirurgiczna, 4. VII. — 9. VII. Opłata 70 RM.; 10) chirurgia jamy brzusznej — Klinika Chirurgiczna w Köln, 11. VII. — 16. VII. Opłata 70 RM. Inne kursy obejmują ortopedię, ginekologię, pediatrię, dermatologię, otoryno-laryngologię itd. Wykłady odbywać się będą w języku niemieckim. Informacyj udziela *Ärztliches Fortbildungswesen, Berlin NW 7, Robert-Koch-Pl. 7. (Kaiserin-Friedrich-Haus).*

W czasie od dnia 24 maja do dnia 3 czerwca 1938 r. odbędzie się w Paryżu dokształcający kurs z zakresu chorób serca, tętnicy głównej i płucnej w *Hôpital Tenon (4, rue de la Chine (métro Gambetta))*. Opłata 250 fr.

Dokształcający kurs z zakresu gruźlicy płuc, ropnych schorzeń oskrzeli, płuc i opłucnej odbędzie się pod kierownictwem prof. E. Sergenta w *service de clinique de l'Hôpital Broussais-la Charité* w czasie od dnia 7 czerwca do dnia 12 lipca 1938 r. Opłatę — 300 fr. — należy składać w sekretariacie *Musee Letulle — Hôpital Boucicaut, rue de la Convention.*

Staraniem Berlińskiej Akademii dokształcających kursów odbędzie się w czasie od dnia 2. V. — 7. V. br. kurs, obejmujący nowe zdobycze w dziedzinie promieniolecznictwa. Opłata wynosi 60 RM. Informacje: *Die Geschäftsstelle der Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung, Berlin NW 7, Robert Koch-Platz 7.*

XI Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgów odbędzie się w Wiedniu w dniach od 19—22 września 1938 r. Z okazji tego Kongresu *l'Office Belge des Compagnies Françaises de Navigation* urządza wycieczkę po Morzu Śródziemnym i Czarnym, ponadto przewidziane jest zwiedzenie Rumunii, Węgier, Austrii i Czechosłowacji. Informacyj udziela: *L'Office Belge des Compagnies Françaises de Navigation, 29, Boulevard Adolphe Max, Bruxelles.*

Różne

Z kraju

W dniu 8 kwietnia br. odbyło się doroczne, przedzjazdowe posiedzenie Zarządu Związku Uzdrowisk Polskich, na którym sprawozdanie okresowe z działalności Związku w czasie od 25 stycznia br. do chwili obecnej złożył dyr. Związku Uzdrowisk Polskich, H. Minkiewiczowa. Na porządku dziennym były najżywotniejsze sprawy w związku z tegorocznym planem kampanii lecznictwa uzdrowiskowego oraz kwestie organizacyjne, jak również kwestia udziału przedstawicieli Związku w II Międzynarodowym Kongresie Balneologicznym w Berlinie.

W dniu 9 kwietnia br. w godzinach przedpołudniowych w lokalu Związku Uzdrowisk Polskich odbyły się obrady Walnego Zjazdu Uzdrowisk Polskich pod przewodnictwem założyciela Związku i obecnego członka honorowego Jana hr. Potockiego, właściciela Rymanowa, w zastępstwie niedysponowanego Prezesa Związku, St. Karłowskiego. Obrady poprzedził referat na temat „Potrzeby i możliwości inwestycyjne uzdrowisk polskich", który wygłosił wiceprezes Związku Uzdrowisk Polskich, dyrektor Stanisław Wiśniewski. Roczne sprawozdanie z działalności Związku Uzdrowisk Polskich złożył Zarząd i Komisja Rewizyjna, po czym nastąpiły wybory do Zarządu na nową kadencję 3-letnią.

Niezmierna doniosłość zagadnienia inwestycyj w uzdrowiskach, które omówił w swoim referacie na Walnym Zjeździe Uzdrowisk dyrektor Stanisław Wiśniewski, sprawiła, iż na posiedzenie Zjazdu zostali zaproszeni członkowie Rządu w osobach: Pana Wicepremiera i Ministra Skarbu inż. Kwiatkowskiego oraz P. P. Ministrów — Opieki Społecznej — Zyndram-Kościałkowskiego, Przemysłu i Handlu — Romana, Spraw Wojskowych — Generała Kasprzyckiego, prezesa Związku Ziem Górskich, jak również podsekretarzy stanu w osobach: Dra Piestrzyńskiego — z Ministerstwa Opieki Społecznej, inż. Bobkowskiego — z Ministerstwa Komunikacji, Dzierżykraj-Morawskiego i Grodyńskiego — z Ministerstwa Skarbu, Korsaka i dra Nakoniecznikow-Klukowskiego — z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Również zostali zaproszeni dyrektorzy departamentów: Służby Zdrowia — Minist. Opieki Społ., Samorządu z Min. Spraw Wewnętrznych, Handlowo-Taryfowego z Minist. Komunikacji, Budżetowego z Minist. Skarbu, naczelnicy odnośnych wydziałów z Ministerstw. Ponadto na Zjazd zaproszeni zostali: przedstawiciele Samorządu Gospodarczego w osobie min. inż. Klarnera i dyr. Jakubowskiego, przedstawiciele Ligi Popierania Turystyki w osobach prezesa Zarządu dyr. Stodolskiego i inż. Millera, nacz. dyr. „Orbisu" — mjr. Fularskiego, przedstawiciele Związku Lekarzy P. P., Prez. Związku Dzienikarzy, płkn. Wyżeł-Ścierzyński, Prez. Syndykatu Dziennikarzy Warszawskich Grostern, naczelni redaktorzy pism codziennych, prasy medycznej i inni.

Dnia 19 marca br. w Centrum Wyszkolenia Sanitarnego po promocji podchorążych S. P. S. na podporuczników odbyła się uroczystość przekazania ciężkiego karabinu maszynowego ufundowanego przez pewnego oficera-lekarza w stanie spoczynku, który życzył sobie, by jego nazwisko było nieznane.

Brak od dłuższego czasu na rynku księgarskim łacińsko-polskiego słownika chorób dał się bardzo we znaki, zwłaszcza personelowi urzędniczemu ubezpieczalni i urzędów sanitarnych. Dotkliwą tę lukę wypełnił Polikarp Kusal, opracowując „Słownik chorób łacińsko-polski". Praca Kusala ułatwi pracę kilkunastotysięcznej rzeszy pracowników wspomnianych instytucyj.

Ukazał się nowy 3. numer czasopisma P. C. K. dla wszystkich pt. „Jestem". Numer ten urozmaicony jest 55 zdjęciami z najważniejszych dziedzin życia społecznego w kraju i za granicą. Na treść tego czasopisma składa się szereg artykułów, reportaży i wywiadów. Dr Maria Kołaczyńska opisuje w interesującym reportażu, jak się mobilizuje wieś wileńska do walki z gruźlicą, jak wygląda wiejski sejmik przeciwgruźliczy, co robią przodownice zdrowia na Wileńszczyźnie. Kierownik Instytutu Badań Lekarskich Lotnictwa ppłk. dr Fiumel podaje w związku z X-leciem tego Instytutu, jak wielkie usługi oddaje dziś samolot w służbie sanitarnej polskiej. Zofia Wołłowiczowa opisuje hodowlę ziół leczniczych w starożytnym państwie Azteków. O zastosowaniu spadochronów w służbie sanitarnej, o pilotkach sanitarnych i pielęgniarkach „powietrznych" opowiada reportaż z Instytutu Badań Lekarskich Lotnictwa. Dowiadujemy się rów-

nież, ile czasu i trudu poświęca lekarz, aby zapewnić lotnictwu pierwszorzędny materiał pod względem zdrowia. Numer uzupełniają: dział wskazówek lekarskich dla czytelników oraz obszerna kronika z życia Czerwonego Krzyża w kraju i za granicą.

Na posiedzeniu Sekcji Eugenicznej Państwowej Rady Zdrowia wniesiony został przez Polskie Towarzystwo Eugeniczne projekt Instytutu Eugenicznego na wzór istniejących za granicą. Instytut ten będzie się składał początkowo z 5 wydziałów następujących: 1) genetyka i cytogenetyka, 2) sekcja konstytucji fizycznych i badania ras antropologicznych, 3) sekcja badania cech dziedziczności normalnej i patologicznej u człowieka (badanie bliźniąt, gruczołów dokrewnych, typy krwi, teratologia, 4) sekcja badań eugenicznych rodowodowych, 5) sekcja prawno-społeczna, rozpadająca się na 4 podsekcje: a) zagadnień populacyjnych, b) ustawodawczą, c) walki z czynnikami zwyradniającymi, d) wychowania seksualnego. Wprowadzenie w życie Instytutu projektuje się stopniowo. Początkowo siedzibą Instytutu byłaby siedziba Polskiego Towarzystwa Eugenicznego, które by udzieliło miejsca zarówno dla dyrektora i jego kancelarii, jak i dla sekcji badań bliźniąt oraz sekcji prawno-społecznej. Sekcja Eugeniczna Naczelnej Rady Zdrowia uchwaliła wniosek prof. Hirszfelda w brzmieniu następującym: Uznaje się zasadniczo potrzebę powołania do życia Instytutu Eugenicznego. Wyraża się życzenie, aby zwiększyć subwencje dla Towarzystwa Eugenicznego. Zwiększyć fundusze na wydawnictwa i prace eugeniczne. Sfinansować pracownię badań bliźniąt. Zwrócić się do Ministerstwa Oświaty o wprowadzenie wykładów z zakresu konstytucji dziedzicznej i eugeniki oraz rozszerzyć zakres wykładów eugenicznych w wyższych zakładach naukowych jako obowiązujące. Na zakończenie zakomunikowano o skończonym 5. kursie dla instruktorów i instruktorek eugenicznych (uczestniczyło 199 osób) oraz kursu o poradnictwie przedślubnym dla lekarzy, w którym uczestniczyło 85 słuchaczów.

Belgia

W Liège obchodzono uroczystość 25-lecia ośrodka dla ubogich, stworzonego dla zapobiegania kile. Ośrodek ten jest pierwszym tego rodzaju w Europie.

Czechosłowacja

Czechy przeznaczyły pół miliona koron na budowę gmachu, który ma być oddany do użytku uniwersytetu niemieckiego w Pradze.

Francja

W Paryżu został otwarty przed 4 miesiącami pierwszy francuski Instytut zapobiegania i badania chorób zawodowych.

Dania

Duńczycy mogą pochwalić się największym w Europie spożywaniem cukru i margaryny. Spożycie cukru, przypadające rocznie na jednego mieszkańca, wynosi 54 kg (Francja 25.6 — Anglia 49.5 — Stany Zjedn. A. P. 46.3 — Polska 10.3). Spożycie margaryny w Danii wynosi na jedną osobę 22 kg (Francja 0.8 — Anglia 3.8 — Stany Zjedn. A. P. 5.6). Małe jest natomiast spożycie jaj — 86 rocznie (Francja 149 — Ameryka 199 — Anglia 172 — Polska 110).

Jugosławia

W czasie obrad nad budżetem państwa, jugosłowiański minister zdrowia przedstawił stan sanitarny w Jugosławii. Przede wszystkim zwrócił on uwagę na bardzo wielką śmiertelność niemowląt, na brak dostatecznej liczby instytucyj leczniczych i zapobiegawczych, na duże nasilenie gruźlicy, wreszcie na szkody wyrządzane w niektórych okręgach państwa przez zimnicę. Śmiertelność w Jugosławii wynosi 19.25 na 1.000 mieszkańców; w ciągu 12 ostatnich lat umierało rocznie 34.700 osób z powodu gruźlicy. Swoje exposé zakończył minister wezwaniem do zreorganizowania urządzeń sanitarnych kraju i stworzenia osobnego funduszu na cele sanitarne.

Litwa

W Kownie na 130.000 mieszkańców jest ponad 200 lekarzy. Liczbę przyjęć na Wydział Lekarski ograniczono do 70 osób. Przed przyjęciem obowiązuje komisyjne badanie stanu zdrowia. Na Litwie mieszka spora liczba lekarzy rosyjskich, z których około 180 jest zrzeszonych w dwóch organizacjach (N. Sp.-L. Nr 7. 1938).

Niemcy

W związku z zapobieganiem chorobie papuziej (psittacosis) weszło w Niemczech w życie z dniem 1. IV. 1938 r. dodatkowe rozporządzenie, regulujące sprawę zgłaszania posiadanych papug władzom administracyjnym. Niestosowanie się do przepisów karane będzie bardzo surowo (2 lata aresztu i 10.000 RM).

Szwajcaria

Fundacja dla popierania badań zapalenia mózgu przy Uniwersytecie w Bernie postanowiła nagrodzić wartościowe prace, omawiające encephalitis lethargica. Nagrody wynoszą po 1.000 fr. szw. Autorzy odnośnych prac mają przesyłać swe dokumenty do Dziekanatu Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Bernie. O przyznaniu nagród rozstrzyga Wydział przy końcu każdego roku.

Szwecja

W Szwecji stworzono tzw. ruchome kliniki dentystyczne dzięki pomocy państwa i Czerwonego Krzyża. Ta niezwykła instytucja lotnych klinik dentystycznych ma za zadanie niesienia pomocy dentystycznej dzieciom szkolnym, zamieszkałym zdala od większych ośrodków.

Węgry

Książę Paweł Esterhazy ofiarował 300.000 pengö na prace lekarzy węgierskich, zwłaszcza z zakresu medycyny społecznej (N. Sp.L. Nr 7, 1938).

Włochy

Niedawno zostały we Włoszech urządzone kursy, omawiające służbę sanitarną w czasie wojny. Inauguracyjny wykład był poświęcony fizjopatologii, symptomatologii i leczeniu oparzeń chemicznych w czasie wojny.

Do b. członków Bratniej Pomocy Studentów Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Znane jest położenie materialne młodzieży akademickiej i trudności, z jakimi musi się borykać dla zdobycia niezbędnych środków do studiów i życia w środowisku uniwersyteckim. Bratnia Pomoc Studentów U. J. wspomaga od 78 lat niezamożnych swych członków przez udzielanie długoterminowych pożyczek, zwrotnych po ukończeniu studiów. Niestety, jednakże większość dłużników z chwilą opuszczenia Uniwersytetu i uzyskania stanowiska zapomina o pomocy w czasie studiów uzyskanej w Bratniej Pomocy i długów swych nie spłaca. Taki stan uniemożliwia w znacznej mierze Bratniej Pomocy udzielanie świadczeń szerokim rzeszom młodzieży akademickiej w formie stypendiów mieszkaniowych i obiadowych lub na pobyt w koloniach leczniczo-wypoczynkowych dla poratowania zdrowia. Bratnia Pomoc, nie chcąc dochodzić swych pretensyj na drodze sądowej, wzywa w ten sposób wszystkich dłużników, b. członków Bratniej Pomocy, do uregulowania swoich zobowiązań.

Gdyby powyższy apel nie został zrozumiany, Zarząd Bratniej Pomocy będzie zmuszony ogłosić listę dłużników w prasie i na podstawie posiadanych rewersów dłużnych dochodzić swoich praw na drodze sądowej. Zarząd Bratniej Pomocy, mając wzgląd na dłużników, może zgodzić się na spłacanie ratami miesięcznymi po uprzednim uzgodnieniu wysokości rat.

Wszelkich informacyj udziela: Bratnia Pomoc Studentów Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, ul. Jabłonowskich 10/12, Oddział Wierzytelności, dokąd należy kierować korespondencję.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 10.—
za granicą . . . . zł 17.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.